



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

**MINISTERIO DE SALUD**

***GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS***

***DOCENTES DE RESIDENCIAS***

***AÑO 2017***

**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

**Jefe de Gobierno**

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

**Vicejefe de Gobierno**

Cdor. Diego Santilli

**Ministra de Salud**

Dra. Ana María Bou Pérez

**Subsecretaría de Planificación Sanitaria**

Dr. Daniel Carlos Ferrante

**Directora General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional**

Dra. Adriana Isabel Alberti

**Unidad de Gestión Pedagógica**

Coordinadora. Lic. Patricia Rodríguez

Coordinadora de Programas Docentes: Lic. María Elena Bolonese

Elaboración de la Guía:

Lic. Cecilia Acosta

Lic. Claudia Battistoni

Lic. María Elena Bolonese

Lic. Pablo Castillo

Lic. Julieta Fazzini

Bq Felisa Fogiel

Lic. Carla Pierri

## ÍNDICE

<b>I CONSIDERACIONES PRELIMINARES</b> .....	4
<b>A) INTRODUCCION</b> .....	4
<b>B) DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS</b> .....	6
<b>C) ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DOCENTE</b> ..	8
Lineamientos generales:.....	8
<b>D) PROCEDIMIENTO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA LA ELABORACION Y APROBACIÓN DEL PROGRAMA:</b> .....	9
<b>II - MODELO DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DOCENTE</b> .....	10
<b>A) FORMATO DE PRESENTACIÓN</b> .....	10
<b>B) CARÁTULA</b> .....	10
<b>C) INDICE DEL PROGRAMA DOCENTE</b> .....	11
<b>D) DESARROLLO DE CADA PUNTO DEL PROGRAMA DOCENTE</b> .....	12
<b>E) BIBLIOGRAFÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA</b> .....	38
<b>F) APÉNDICE</b> .....	41
<b>F.1) Apéndice I: ejemplos</b> .....	42
<b>F.2) Apéndice II: bibliografía sugerida para ejes de contenidos transversales</b> .....	57

## **I. CONSIDERACIONES PRELIMINARES**

### **A) INTRODUCCION**

El **sistema de salud** del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires está conformado por tres subsectores: el público, el privado y el de seguridad social (Ley Básica Nº 153). En estos sectores se realiza capacitación y es de esperar que los programas de formación contemplen las articulaciones posibles entre ellos y con otros sistemas de capacitación de recursos humanos en salud (de dependencia universitaria, de asociaciones científicas, entre otros).

La **residencia** es un sistema remunerado de formación de postgrado inmediato, a tiempo completo, con dedicación exclusiva. Lo que lo caracteriza es la práctica de la capacitación en servicio, donde se desarrollan actividades asistenciales programadas y supervisadas en instituciones dependientes del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta capacitación se desarrolla en el ámbito intrahospitalario y extrahospitalario, en íntima relación con la comunidad a la que se dirige y en el marco de la atención primaria de la salud, destacando aspectos de prevención y promoción de la salud, diagnóstico temprano y rehabilitación.(Ordenanza 40997/1985)

Un programa docente está constituido por el conjunto de decisiones sobre **qué tipo de recurso humano formar, qué actividades son obligatorias, en qué condiciones se realizarán y quiénes son los responsables de la formación**. Establece los dispositivos o situaciones que brindan oportunidades de aprendizaje a los/las residentes.

Actualmente se cuenta con definiciones y regulaciones que se han establecido desde el Ministerio de Salud de la Nación, a las cuales el Ministerio de Salud del GCBA adscribe en sus lineamientos básicos, dentro una matriz de organización del sistema federal. Éstas integran un conjunto de decisiones políticas para todo el ámbito nacional en cuanto a los perfiles profesionales esperados con el propósito y las condiciones necesarias para dar respuestas a las necesidades de salud de la población.

Los perfiles profesionales se constituyen y expresan a través de competencias profesionales<sup>1</sup>, dentro de las cuales se deben contar con las formulaciones acerca de los contenidos transversales a todas las profesiones y especialidades del equipo de salud.

Las **competencias y contenidos** referidos a cada especialidad, están desarrollados en los Marcos de referencia nacionales. Estos marcos pautan un conjunto de criterios básicos y estándares mínimos sobre el perfil profesional y la trayectoria formativa de cada especialidad, y define bases curriculares con contenidos disciplinares necesarios para la formación de residentes.

---

<sup>1</sup> El equipo de la Unidad de Gestión Pedagógica no desconoce las miradas críticas al enfoque de competencias pero por motivos operativos se adscribe al modelo que el Ministerio de Salud de la Nación propone.

La guía para elaborar Marcos de Referencia del Ministerio de Salud de la Nación (2013) define que el contenido de la formación debe incluir un conjunto de contenidos de distinto tipo: los propios de cada especialidad y los transversales, que plantean el abordaje de problemas centrales del campo de la salud, como la relación con el paciente, el manejo, el análisis y la interpretación de aspectos epidemiológicos, la organización del sistema de salud, los alcances y límites de la propia especialidad y su relación con otras próximas o afines, los aspectos legales del desempeño del rol, las consideraciones éticas, abordajes o enfoques interdisciplinarios en el tratamiento de problemáticas propias de la especialidad, entre otros.

A partir de un desarrollo propio de la Unidad de Gestión Pedagógica (UGP) de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (DGDlyDP) se realizó una adaptación de los contenidos transversales definidos por el Ministerio de Salud de Nación, estableciendo cuatro ejes:

1. El profesional como sujeto activo en el sistema de salud
2. Dimensión ética y de cuidado en salud. Sujetos de derecho
3. Educación permanente y producción de conocimientos
4. Comunicación en salud.

En función de estos nuevos lineamientos básicos, se confecciona la presente actualización de la guía de elaboración de programas docentes para el sistema de residencias. Se considera que un programa establece la formación como **proceso intencional y consciente** basado en definiciones de aquello que se espera lograr en la formación integral del residente. Los programas son de fundamental importancia pues permiten, a través de los documentos escritos, comunicar aquello que se pretende alcanzar y dar cuenta de los procesos y los medios involucrados para su logro. Además, no deben convertirse sólo en un documento formal para presentar a las autoridades sino también, y fundamentalmente, en una herramienta viva para orientar la organización y la tarea cotidiana de los residentes y sus docentes.

## **El programa de la residencia**

En el funcionamiento cotidiano de las residencias, un aspecto especialmente crítico es el referido a la articulación entre los "programas escritos", los "documentos institucionales" y la gestión cotidiana, que debe permitir que esos programas se pongan en marcha, se desarrollen y cumplan en el funcionamiento diario de las organizaciones.

La elaboración de programas de formación responde a los propósitos de la gestión organizacional, a lo pedagógico y a lo administrativo. Dichos aspectos se encuentran indisolublemente articulados. Por una parte, la presentación de programas enmarca las prácticas de formación en un circuito de gestión, regulación y seguimiento, compatible con la responsabilidad social que asume el sistema para la formación de recursos humanos. Por otra, la necesidad de programación responde a motivos pedagógicos y deviene de la naturaleza intencional y proyectual de la enseñanza. Las estrategias y acciones a través de las cuales se concretan las intenciones de formación en cada contexto tienen que ser previstas y plasmarse en un programa consistente.

El programa pone en juego la interacción entre diversos actores sociales que influyen en los **procesos de capacitación en servicio**. En este sentido, resulta imprescindible considerar las visiones y la construcción de convergencia para orientar la formación.

El programa pauta las **competencias** que serán adquiridas por el/la residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el **perfil profesional común** esperado para todos/as los/las residentes de la misma especialidad.

La adquisición de ciertos conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores se deben aplicar y saber usar en los espacios y situaciones laborales. Existe una brecha entre las situaciones de formación y las de trabajo; a consecuencia de esta problemática, se comenzó a estructurar la formación en base a **competencias**, que se elaboran a partir de prácticas reales de trabajo.

**ACLARACIÓN IMPORTANTE:** En el caso de elaborar un programa de formación de 1) **Concurrencias y/o 2) Residencias Post-básicas** se adaptarán las presentes recomendaciones y textos comunes a los respectivos sistemas de formación y sus correspondientes normativas.

## **B) DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS**

En este documento se adopta una concepción de competencia **amplia, compleja e integral**, que incluye:

- Saber
- Saber hacer
- Saber ser

Es fundamental destacar que, según esta perspectiva, las competencias no se reducen a los procedimientos sino que siempre suponen y recuperan el pensar, conocer, reflexionar y tomar decisiones, así como la anticipación y la evaluación de las acciones. Las prácticas profesionales, en todos los casos, suponen **conciencia e integralidad de las acciones**.

Según Perrenoud (2008) el concepto de competencia implica movilizar varios recursos cognitivos para hacer frente a un conjunto de situaciones. Las competencias no son en sí mismas conocimientos, habilidades o actitudes, aunque movilizan, integran, orquestan tales recursos. Esta movilización sólo resulta pertinente en situación, y cada situación es única, aunque se la pueda tratar por analogía con otras, ya conocidas. Los recursos que movilizan son conocimientos teóricos y metodológicos, actitudes, habilidades y competencias más específicas, esquemas motores, esquemas de percepción, evaluación, anticipación y decisión. El ejercicio de las competencias pasa por operaciones mentales complejas, sustentadas por esquemas de pensamiento, que permiten determinar (de un modo consciente y rápido) y realizar (de un modo eficaz) una acción relativamente adaptada a la situación.

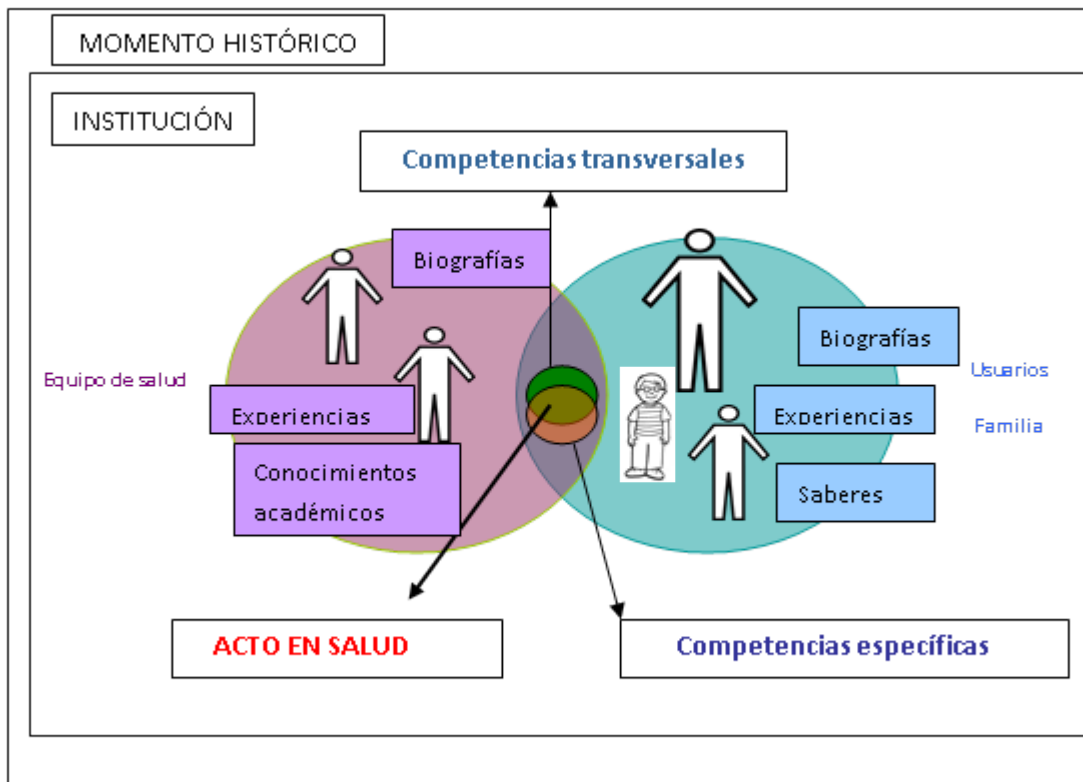
**La competencia profesional general constituye el conjunto complejo e integrado de funciones, capacidades y habilidades que los profesionales del área pueden desempeñar en diversas situaciones reales de trabajo para resolver los problemas que ellas le plantean, de acuerdo con los estándares de profesionalidad y criterios de responsabilidad social.** Así entendida, la competencia implica la movilización y recuperación de distintos componentes: conocimientos, percepciones, pensamientos, actitudes, evaluación, acción y valores.

Esto supone un salto entre la **formación de grado y la formación en servicio**. La primera, mayormente centrada en modelos académicos o tradicionales, basada en aprendizajes enunciativos centrados en la dimensión cognitiva, en información fragmentada universal abstracta. Por otro lado, la formación en servicio se centra en los actos concretos con saberes integrados, donde la experiencia adquiere un rol fundamental, el conocimiento se produce en acto requiriendo supervisión capacitante,

Modelo académico tradicional	Modelo de formación en servicio
✓ Aprendizaje enunciativo basado en la dimensión cognitiva	✓ Aprendizaje a partir de problemas concretos de la práctica centrados en personas y hechos
✓ Contenidos teóricos	✓ Supervisión capacitante como herramienta fundamental
✓ Uso esencial de textos bibliográficos	✓ Experiencia, saberes integrados, incluyendo lo emotivo.
✓ Evaluación a través de exámenes	✓ Evaluación del desempeño

El aprendizaje en servicio requiere integralidad de los saberes en acto y el reconocimiento de los otros (usuarios, equipo de trabajo) como sujetos de derecho, con historia y cultura. Por ende, se hace fundamental el trabajo con contenidos transversales para el desarrollo de competencias en general.

**Competencias en juego en el encuentro de los equipos de salud con los usuarios.**



Es posible que se confunda la competencia con una descripción circunscripta a un puesto de trabajo específico cuando el desafío es la construcción de competencias que sean **transferibles** (que puedan desplegarse en diferentes escenarios, contextos o ámbitos de trabajo) y a la vez puedan ser **dinámicas** (que estén abiertas a procesos de aprendizaje de carácter permanente que se desarrollan tanto a través de la complejización y diversificación de la experiencia, como mediante la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas). En este sentido una característica central de la formación en servicio implica que las prácticas alcancen mayor singularidad y menor estandarización, con crecientes niveles de autonomía.

### C) ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DOCENTE

Se realizará un solo **programa** docente por residencia, independientemente de las sedes existentes. Posteriormente, cada sede desarrollará su propio proyecto local respetando los lineamientos centrales del programa y desarrollará las especificidades que la caracteriza.

#### Lineamientos generales:

- Cumplir con los requisitos **normativos nacionales y jurisdiccionales**, asumiendo la responsabilidad social que conlleva la formación de recursos humanos en salud.
  - **Normativas Nacionales:** El Ministerio de Salud de la Nación estipula lineamientos generales y se establecen Marcos de Referencia generales para la elaboración de Programas según Especialidad (requisito para la acreditación).  
Normativas generales del campo de la salud.
  - **Normativas Jurisdiccionales (GCABA):**  
Ministerio de Salud del GCABA, diseña sus planes estratégicos en los que considera las líneas prioritarias para la formación de recursos humanos.  
Normativas marco.  
Normativas específicas de residencias (por ejemplo: Ordenanza 40997/86 y sus modificatorias).
- Considerar las diferentes **fuentes** de organismos Internacionales que publican periódicamente recomendaciones que consideran las transformaciones sociales e institucionales que se dan a nivel mundial.
- Contemplar la formación en los diferentes **niveles de atención** del sistema de salud de la Ciudad.
- Considerar que, en la formación en servicio, surgirán **tensiones** entre la actividad asistencial y la actividad formativa de los/las residentes, que deberán observarse para lograr una formación de calidad sin desmedro de las tareas asistenciales.
- Considerar las **características sociodemográficas** de la población que reciben los servicios del sistema de salud y las necesidades de salud.



- Considerar que la formación en servicio debe incluir necesariamente saberes, valores y actitudes referidas al encuentro en acto con los otros - **contenidos transversales** - y no sólo a los saberes académicos.
- Contemplar la **igualdad real de oportunidades** y de trato entre varones y mujeres en el acceso y goce de todos los derechos, como así también monitorear las acciones tendientes a la incorporación de la **perspectiva de género**
- Tener en cuenta la **diversidad de los destinatarios de la residencia en cuanto a:**
  - La formación de grado como línea de base en la formación (el egresado reciente trae un cúmulo de conocimientos teóricos que deberá articular con las prácticas asistenciales en la residencia).
  - Trayectorias previas de formación. Universidades de origen con diferencias en los currícula de grado.
  - Diferencias por cambios generacionales (utilización de las tecnologías de la información y la comunicación – TICS, valores, actitudes, entre otras).

<b>D) PROCEDIMIENTO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA LA ELABORACION Y APROBACIÓN DEL PROGRAMA:</b>
---

Cada residencia tendrá asignado un profesional de la Unidad de Gestión Pedagógica (UGP) para la orientación y supervisión del proceso de elaboración de su programa docente. Una vez finalizado el programa debe ser elevado para su revisión final al área de Desarrollo de programas, dentro del equipo de la UGP. Se elevará la versión definitiva del programa junto a una nota del Coordinador General de la Residencia solicitando la gestión de la Resolución Ministerial correspondiente. Esta gestión se realizará de acuerdo a los procedimientos según la normativa vigente. Una vez aprobado el mismo será publicado en la página web de la Dirección.

## **II - MODELO DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DOCENTE**

### **A) FORMATO DE PRESENTACIÓN**

El texto debe escribirse en Arial 11, interlineado sencillo, margen izquierdo 2 cm; margen derecho 1.5 cm, en hoja A4.

### **B) CARÁTULA**

- a. Encabezar con el Escudo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Arial 11). Año con la leyenda correspondiente (Arial 9).
- b. Identificar sólo al Ministerio de Salud como autoridad.
- c. Encuadrado colocar: programa docente de la residencia (completar con el nombre correspondiente). Debajo consignar: ANEXO I (administrativamente el programa desarrollado constituirá el anexo del expediente de aprobación del mismo).
- d. Identificar el año.
- e. NO Numerar.

## **C) INDICE DEL PROGRAMA DOCENTE**

Elaborar el índice con todos los puntos del programa. En la versión final del programa numerar las hojas a partir de esta página.

<b>INDICE DEL PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA XX</b>
<b>1. INTRODUCCION</b>
<b>2. FUNDAMENTACIÓN</b>  <i>2.1. Consideraciones generales sobre los programas de residencia del GCABA</i> <i>2.2. Descripción de la población destinataria</i>
<b>3. PROPÓSITOS GENERALES</b>
<b>4. PERFIL DEL EGRESADO DE LA ESPECIALIDAD</b> <i>4.1. Áreas de competencia</i>
<b>5. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MINIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA</b>
<b>6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACION</b> <i>Lineamientos generales</i> <i>Clasificación de estrategias</i> <i>Enumeración de dispositivos</i>
<b>7. ORGANIZACION DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGUN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE.</b> <i>7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación</i> <i>7.2. Objetivos, actividades, contenidos por año y por rotación</i>
<b>8. CONTENIDOS</b> <i>8.1. Contenidos generales</i> <i>8.2. Contenidos transversales</i> <i>8.3. Contenidos específicos</i>
<b>9. SISTEMA DE EVALUACION</b>
<b>10. FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>
<b>12. APÉNDICE</b>

## D) DESARROLLO DE CADA PUNTO DEL PROGRAMA DOCENTE

### 1. INTRODUCCIÓN

En este apartado se brindará información básica que permita ubicar la residencia en el espectro de alternativas de formación en el área o campo de la misma. Se sugiere comenzar con:

- Definición breve de la especialidad o área involucrada.
- Definición del objeto de estudio y el objeto de intervención de la disciplina o del campo. Contextualizar históricamente tanto el desarrollo de la disciplina como el de la residencia. Explicitar brevemente los antecedentes.
- Caracterizar sintéticamente el tipo de formación que se pretende brindar.
- Clasificar la residencia de acuerdo a las categorías usadas en la inscripción al sistema de residencias. Especificar los años de duración, la antigüedad y el promedio de cantidad de residentes por año (en los últimos 5 años).
- Describir las características distintivas de la residencia tales como: requisitos de ingreso y modalidad de selección (citar Ordenanza 40997 y aquellas normas y modificatorias pertinentes a la Residencia), dedicación, duración de la residencia y horario-tipos de sedes en las que se puede desarrollar el programa, régimen de guardias (citar Ordenanza 40997, Ley 601 y Ley 4702).

### 2. FUNDAMENTACIÓN

Debe contener una definición de la residencia, que la sitúe en el ámbito de la formación de posgrado y del desempeño profesional

Se refiere a la justificación o explicación de la necesidad y oportunidad de la formación propuesta: se explicita el **para qué** y el **sentido del programa** de formación en el **contexto** de la situación de los recursos humanos del área, estableciendo la relación con el **ejercicio profesional de la especialidad** y con las **necesidades de salud de la población**.

Las siguientes preguntas pueden orientar la redacción de la fundamentación:

- ¿Por qué estamos elaborando un programa?
- ¿Por qué lo actualizamos?
- ¿La especialidad está reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación (normativa)?
- En caso de que el Ministerio de Salud de la Nación haya elaborado el Marco de Referencia, ¿se ajusta este programa a dicha normativa?
- ¿Cuál es el papel, la relevancia, el impacto de la residencia en esta especialidad?
- ¿Qué consecuencias ha tenido desde su creación en las prácticas, en la inserción laboral, en el desempeño profesional y en el sistema de formación?
- ¿Cuál es la necesidad de formación de profesionales del área en relación a criterios epidemiológicos y de planificación sanitaria?
- ¿Cuál es el lugar de los graduados en el campo profesional actual?

- ¿De qué otras formas se accede a la especialidad?
- ¿Cuáles son las vinculaciones entre nuestro sistema de capacitación y los otros sistemas vigentes?

## 2.1. Consideraciones generales sobre los programas de residencia de GCABA

En este apartado, se presenta un **texto común** que puede ser de utilidad para todas las especialidades. Se recomienda adaptar según las especificidades de cada residencia.

### El sistema de residencias

Las **residencias** del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.

Las **residencias** en su conjunto, se incorporan al sistema de atención de la salud dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas (Ordenanza 40997/86)

Las **residencias**, como integrantes del sistema de atención de la salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ajustarán sus programas en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 153 y modificatorias)

Según dicha ley, la garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

La **concepción integral de la salud**, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

La **participación de la población** en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.

La **solidaridad social** como filosofía rectora de todo el sistema de salud. (.....)

La **organización y desarrollo del área estatal** conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; (.....)

El **acceso de la población a toda la información** vinculada a la salud colectiva y a su salud individual. (Ley 153. Art 3 Definición. Selección)

La educación de posgrado propicia una trayectoria de formación que, entre otros aspectos:

- Garantiza una formación pertinente al nivel y ámbito de la educación superior de posgrado,
- Articula teoría y práctica,
- Integra distintos tipos de formación,

- Estructura y organiza los procesos formativos en clave de desarrollo socio-cultural y de desarrollo vinculado al mundo del trabajo profesional,
- Articula en su propuesta curricular las demandas y necesidades fundamentales para el desarrollo local con las instituciones del sector salud y del sector educación.

## El programa por especialidad

El programa pauta las competencias que serán adquiridas por el/la residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad. Para ello, será necesario tener en cuenta las diversidades en la formación de grado como línea de base en la formación. A su vez, esta formación promoverá la adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio profesional. El programa también contemplará la formación del /la residente en los diferentes niveles de atención del sistema de salud de la ciudad.

El **proyecto local** de cada sede deberá especificar de **qué modo** se implementará el programa general desplegando alternativas para llevar a cabo lo que el programa propone. Los proyectos locales de residencia son los que permiten identificar las fortalezas de cada sede para convertirlas en oferta de capacitación dentro de la misma especialidad.

El programa de formación se desarrolla reconociendo al sistema de salud de la Ciudad como una **red que optimiza** (obtiene la máxima utilidad de) la magnitud y la diversidad de ámbitos y estrategias presentes en sus diversos efectores.

El concepto de “red” relativiza a los distintos ámbitos como unidades autosuficientes de formación transformándolos en recursos complementarios.

Se busca romper con el aislamiento de los servicios y fortalecer la COORDINACIÓN generando INTERRELACIÓN y RECIPROCIDAD y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de los programas de formación.

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la residencia; desde la autoridad de aplicación<sup>2</sup> y la inclusión de coordinadores generales, jefes de servicios; coordinadores locales de programa y de rotaciones, jefes de residentes, instructores de residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

Por otra parte, el programa constituye un documento esencial para pautar los recursos indispensables para que los servicios reciban residentes y para encuadrar los procesos de acreditación de capacidad formadora. Aquí se debe evaluar la adecuación de los proyectos locales en función del programa general.

Al igual que ocurre con la puesta en marcha de cualquier desarrollo curricular, el presente programa deberá estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que permita junto a todos los involucrados garantizar su permanente ajuste y actualización.

## 2.2. Descripción de la población destinataria

<sup>2</sup> Autoridad de aplicación: Organismo del Ministerio de Salud del GCABA que tiene directa responsabilidad sobre el sistema de residencias y concurrencias

El sentido de este apartado es el de caracterizar a la población destinataria de las prácticas profesionales de la residencia en los distintos ámbitos de formación. Se debe considerar a la población que actualmente se atiende o está bajo cuidado, y a la que potencialmente se podría atender o cuidar.

#### **Ítems comunes para todos los programas:**

- Población total de la Ciudad, población usuaria del subsector público, población total según grupo etario que atiende la especialidad, características epidemiológicas generales según grupo etario (nivel socioeconómico, nivel educativo, condiciones de vida, entre otros).
- Esta información debe desprenderse de fuentes estadísticas actualizadas y confiables. Se sugiere consultar último Censo Nacional disponible y Encuesta Anual de Hogares del GCBA.

#### **Ítems según especialidad:**

- Características epidemiológicas de la población atendida: factores de riesgo, enfermedades prevalentes, motivos de consulta prevalentes, urgencias, emergencias, entre otros.
- Estadísticas de prestaciones realizadas
- Problemas/demandas del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado que satisface el servicio de salud que brinda la especialidad
- 
- Esta información puede complementarse con datos epidemiológicos del área de la población de la Ciudad de Buenos Aires y del país, se sugiere consultar estadísticas de movimiento hospitalario de GCBA, y estadísticas propias de los servicios.

**Importante:** todos los datos estadísticos deben identificar su fuente de información, ya sean fuentes primarias (datos de elaboración propia) o fuentes secundarias (información sintetizada y reorganizada por terceros). Pueden incluirse también estadísticas o referencias internacionales en los casos que sean pertinentes. Podrán realizar gráficos si lo desean.

#### **Ejemplos en Apéndice I**

### **3. PROPÓSITOS GENERALES**

Se incluyen aquí una serie de propósitos generales que son comunes a todos los programas de residencia. De ser necesario, se pueden incorporar otros propósitos acordes a la especialidad o adaptar los aquí sugeridos.

#### **El desarrollo del programa deberá:**

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia del sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Brindar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles
- Estimular las capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la residencia y con otras residencias.
- Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.
- Formar profesionales responsables desde el punto de vista científico, ético y social.
- Formar recursos humanos flexibles, con amplitud de criterio, creativos, generadores de espacios de trabajo que permitan el desarrollo y crecimiento de la especialidad.
- Promover la implementación de un sistema de gestión de calidad acorde a las necesidades de su ámbito de desempeño

#### **4. PERFIL DEL EGRESADO DE LA ESPECIALIDAD**

(Colocar el nombre de la especialidad como está definida en el marco normativo de su creación o modificatoria y suplantarlo "egresado de la especialidad" por la especialidad correspondiente). Por ejemplo: Perfil del médico especialista en Cuidados paliativos.

El Perfil profesional es el conjunto de competencias que identifican al egresado de una formación y que le permitirán asumir las responsabilidades propias de las tareas y funciones correspondientes a cada campo profesional o de especialidad. Es la brújula que orienta el proceso formativo incluyendo la competencia general, las áreas de competencias y competencias específicas que el profesional tiene que desarrollar, así como los criterios de realización

**El perfil describe las funciones o capacidades de intervención y los rasgos profesionales** (capacidades, actitudes generales, entre otros) que se comprometen en la formación y especifica los **ámbitos de desempeño** que le corresponden.

Para elaborar el Perfil Profesional es necesario desarrollar una serie de pasos lógicos, pero no necesariamente cronológicos.



Esto implica que se puede volver sobre los ítems para enriquecerlos, desagregarlos, modificarlos hasta lograr un producto que refleje fielmente el perfil profesional.

Los puntos a desarrollar son:

**a) La competencia profesional general:** describe en forma global al conjunto complejo e integrado de funciones, capacidades y habilidades que los profesionales de la especialidad pueden desempeñar en diversas situaciones reales de trabajo para resolver los problemas que ellas le plantean, de acuerdo con los estándares de profesionalidad y criterios de responsabilidad social. **La competencia general es el insumo para elaborar el perfil profesional.**

#### ¿Cómo se redacta la competencia general?

La estructura gramatical para elaborar una competencia es la siguiente:

- un verbo activo que describe qué sucede.
- un objeto que describe hacia qué o para quién se dirige el desempeño.
- un enunciado condicional que describe el contexto en el cual el desempeño tiene lugar.

b) **Las áreas de competencia:** constituyen el primer nivel de especificación de la competencia general. Partiendo del análisis de la competencia general, se recortan las grandes áreas de actividad y/o funciones en las que el profesional interviene.

c) **Las competencias o capacidades específicas:** desagregan para cada área de competencia el conjunto de capacidades específicas que el profesional debe desarrollar en las situaciones de trabajo, destacando las actividades claves, importantes y significativas de su quehacer. Para la definición de estas competencias, es importante considerar y reconocer la existencia de **competencias transversales** a las distintas profesiones o especialidades de salud. Las mismas refieren a cualidades necesarias para el encuentro en acto (la práctica real de trabajo en la interacción con otros) con las personas que se asisten dentro y fuera del sistema y las personas con las que se trabaja. La distinción entre competencias específicas y transversales se debe sólo a un criterio didáctico, no deben ser consideradas por separado ni valoradas como centrales y/o accesorias. Ambas se ponen en juego simultáneamente en los actos en salud y, en caso de que alguna de ellas no se desarrolle, puede vulnerarse dicho acto.<sup>3</sup>

#### ¿Cómo se redactan las competencias específicas?

La estructura gramatical para elaborar una competencia es la siguiente:

- un verbo en infinitivo que describe qué sucede.
- un objeto que describe hacia qué o para quién se dirige el desempeño.

---

<sup>3</sup> Al definir competencias profesionales es importante considerar las prácticas dominantes instaladas así como aquellas instituyentes novedosas no tradicionales y, asimismo, aquellas que están caducas que se realizan por costumbre y ya deberían dejarse de lado.

d) **Criterios de realización:** definen integralmente los estándares de desempeño deseables a partir de los cuales las capacidades son evaluadas. Abarcan tanto las competencias específicas como las transversales, contemplando las dimensiones: fisiopatológica, socio-cultural, ético-normativa, de gestión, comunicacional-vincular.

**¿Cómo se redactan los criterios de realización?**

La estructura a seguir es la siguiente:

- un verbo activo que indica qué se hace.
- un objeto.

Para definir este punto es necesario desglosar cada competencia específica en un conjunto de actividades; y para cada actividad se deben detallar sus criterios de realización, especificando los pasos a seguir para desarrollar la actividad.

El criterio de realización permite verificar la validez y pertinencia de la actividad definida, constituyéndose en un indicador de evaluación.

**Ejemplo de cómo desarrollar el perfil y sus competencias**

**Competencia profesional general:**

El/la especialista en cuidados paliativos es el/la profesional que asiste las necesidades múltiples de las personas con patologías crónicas en fase avanzada y de los familiares durante el transcurso de la enfermedad crónica y en el periodo de duelo, e interviene en la atención paliativa de las personas en su comunidad, promoviendo el abordaje interdisciplinario y la articulación intersectorial para su inclusión social.

Además participa en los procesos de educación permanente, investigación, supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas en los ámbitos de desempeño del equipo.

Al mismo tiempo, gestiona el trabajo del equipo interdisciplinario en cuidados paliativos, en el sistema de salud, participa de investigaciones y construye conocimiento sobre su propia práctica en un proceso de aprendizaje permanente.

Área de Competencia 1: Asistir las necesidades múltiples de las personas con patologías crónicas en fase avanzada y de los familiares durante el transcurso de la enfermedad y en el periodo de duelo, considerando la dimensión científica, técnica y ética del cuidado.

Competencias	Criterios de realización
--------------	--------------------------

<b>Específicas</b>	
Relevar historia clínica	Se identifica/n la/s enfermedad/es crónica/s subyacente/s, su etapa evolutiva y pronóstico Se detectan factores protectores y de riesgo socioambientales Se analiza el contexto socioambiental y el encuadre familiar y cultural de la unidad de tratamiento (paciente y familia). Se tienen en cuenta criterios de precisión y claridad en la confección de los registros.
Identificar necesidades del paciente	Se evalúan las necesidades de la persona enferma en las diferentes dimensiones: biológicas, psicoemocionales, sociales y vinculares, espirituales. Se evalúan los síntomas emergentes (impacto, causa probable)
Identificar necesidades de la familia	Se evalúan las necesidades de la familia/entorno significativo, en relación con la situación actual Se identifica la existencia de cerco de silencio Se identifica el riesgo de sobrecarga del cuidador Se identifica el riesgo de claudicación familiar Se identifican predictores de duelo complicado
Implementar estrategia terapéutica	Se implementa un proceso de toma de decisiones compartidas con la unidad de tratamiento
Favorecer comunicación abierta	Se promueve la comunicación honesta y abierta acerca de la situación clínica del enfermo y las reacciones emocionales
Monitorear la evolución clínica	Se implementa una estrategia de seguimiento y monitoreo, con registros apropiados
Asistir en etapa de duelo	Se orienta a la familia sobre el proceso de duelo y se proponen intervenciones preventivas o correctivas de duelos complicados

**Aclaración importante:** Una vez elaborados estos ítems, en este apartado del programa de la especialidad debe figurar únicamente:

- Descripción del **perfil profesional**
- Las competencias específicas agrupadas por **Áreas de competencia** y **Actividades**

**Ver Ejemplos completos en Apéndice I**

## **5. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MINIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.**

En este apartado se deberá:

- Describir el funcionamiento general de la residencia. Se sugiere presentar un esquema que detalle los ámbitos de desempeño y los espacios de aprendizaje en los que se desarrollará la formación.
- Describir en forma general, el trayecto que deberá recorrer el residente en cada año especificando cuándo y en qué áreas y condiciones se realizarán las rotaciones. Consignar régimen de guardias (citar ordenanza 40997, Ley 601 y Ley 4702).

- Deben pautarse las condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes.  
Esta descripción está asociada al desarrollo del proceso de evaluación y acreditación que servirá para:

- Jerarquizar las nociones de racionalidad y confiabilidad en el proceso de capacitación del recurso humano en salud enmarcado en el Sistema de Residencias de Salud.
- Propiciar la mejora de la producción institucional de salud, de la eficacia, de la eficiencia y de la calidad de servicios a la comunidad a través de la adecuación de la capacitación del recurso humano.
- Favorecer el compromiso de la institución formadora de residentes, en la promoción, prevención y protección de la salud.
- Relevar aspectos de organización, gestión, formación e impacto en la promoción, prevención y protección de la salud (en las áreas de asistencia, docencia e investigación)

En el programa se sugiere explicitar todos aquellos requisitos para constituir las sedes para el desarrollo de la residencia y de las rotaciones, tanto las obligatorias como las optativas. Entre otros aspectos se podrán explicitar y luego relevar: recursos físicos y materiales, humanos y organizativos, dispositivos de atención específicos, existencia de programas en desarrollo, entre otros. En el apartado 10 del programa se especificarán las funciones de los responsables docentes: Coordinadores Generales de Residencia, Coordinadores Locales, Instructores y Jefes de residentes.

## **6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN**

Se entiende por estrategias de capacitación al conjunto sistematizado de métodos, procedimientos, dispositivos y actividades que se integran alrededor de los núcleos de formación para el logro del perfil. A continuación se presentan lineamientos generales que orientan la formulación de estrategias.

### **Lineamientos Generales**

Se sugiere tener en cuenta los siguientes lineamientos generales para la selección de las estrategias de capacitación:

#### **Asegurar una fuerte formación práctica**

Se deberán elegir aquellas actividades que le permitan al residente tomar contacto con un número suficiente de pacientes y una gama amplia de patologías dónde pueda ejercer las habilidades del manejo del paciente en la toma de decisiones.

#### **Promover la participación de profesionales de planta**

Deberán planificarse actividades que interrelacionen a los residentes con los profesionales de planta para lograr el objetivo del aprendizaje supervisado.

#### **Promover la supervisión al interior de la residencia**

El residente participa de una cadena de supervisiones que se extiende desde la coordinación general hacia el interior de la misma. La supervisión es el sistema que integra la evaluación del proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones sino que es una instancia más para el aprendizaje. La supervisión se debe convertir en un medio para la formación que incluya pero que también supere el control de la tarea.

## **Promover el autoconocimiento y el cuidado de los equipos de salud**

Deberán planificarse actividades vinculadas al autoconocimiento y cuidado del equipo de salud. Los/las residentes y el equipo de salud trabajan con cuestiones vinculadas a historias de vida, dolor, sufrimiento, muerte, ilusiones, expectativas que nos interpelan, interrogan y cuestionan en tanto personas. Estos temas pueden ser invisibilizados produciendo el padecimiento de los profesionales y trabajadores de la salud en general<sup>4</sup>.

## **Estimular la integración asistencia - docencia - investigación**

Desde la Residencia se promoverán todas las actividades que permitan articular las funciones de asistencia –docencia e investigación. Es recomendable que el residente se incorpore integralmente a las actividades que se realizan en el servicio en el marco de las normas vigentes.

## **Integrar la formación teórica con la práctica**

Los ateneos y los cursos que se dicten en la residencia estarán vinculados con la práctica clínica diaria. Es esperable que se desarrollen todas las modalidades conocidas para la realización de ateneos y/o estudio de casos y que los cursos estén más articulados con la práctica, y que incluyan las diferentes dimensiones de los problemas de salud.

## **Fomentar la interdisciplina**

Promover las actividades inter – residencias de distintas especialidades y con el equipo de salud del mismo hospital y de otros hospitales del sistema.

## **Clasificación de estrategias**

**Dentro de las estrategias de capacitación es posible distinguir dos grandes grupos:**

- Aquellas que toman como punto de partida la información y el conocimiento para luego transferirlos a la práctica. (Ejemplos de actividades: clases teóricas, lecturas, búsqueda bibliográfica, entre otras.)
- Las que parten de la práctica en sí misma para inferir y construir los conceptos y principios que de ella surgen. En éstas deben incluirse las diferentes dimensiones que intervienen las prácticas en salud: fisiopatológica, cultural, entorno familiar, entorno epidemiológico, entre otras. (Ejemplos de actividades: ateneos clínicos, análisis de casos, pases de sala, entre otras)

## **Enumeración de dispositivos**

---

<sup>4</sup> La invisibilización de la dimensión del cuidado de los equipos puede deberse a diversas cuestiones como: esquemas de formación fragmentarios, objetivantes y centrados en lo cognitivo, defensas colectivas para soportar el dolor, entre otros.

Se enumeran a continuación diferentes dispositivos utilizados en el área de la salud, que serán seleccionados según la modalidad y los objetivos de formación. Esta información se propone como insumo para definir las actividades del programa docente.

- Dispositivos de reflexión y producción de conocimiento a partir de la práctica. Pueden presentarse bajo la forma de:
  - Supervisión capacitante.
  - Aprendizaje basado en problemas (estudio de casos, historias clínicas, simulaciones y pases de sala).
  - Problematización de situaciones reales.
  - Grupo de discusión sobre implicación de la práctica.
  - Talleres sobre temas transversales y estrategias para autoconocimiento.
  - Rotaciones.
  - Ateneos clínicos.
  - Elaboración de proyectos.
  - Seminarios bibliográficos.
  - Trabajos de Investigación.
- Reuniones de información y debate: constituyen encuentros educativos con la presencia de especialistas del servicio y/o de invitados especiales. Pueden presentarse bajo la forma de:
  - Clases
  - Conferencias
  - Paneles
  - Mesas redondas, entre otras.
  - Discusión interdisciplinaria e inter-servicios de casos no resueltos

## **7. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE.**

La actividad específica se irá escalonando progresivamente desde un grado inicial de complejidad menor, apto para el profesional sin experiencia que ingresa a la residencia, hasta tareas complejas y de supervisión realizadas por el residente de último año.

Se sugiere agregar los ámbitos de desempeño donde el residente desarrollará su formación en servicio. Por ejemplo: quirófano, CeSAC, consultorios externos, internación, guardia, laboratorio, Área Programática, Gerencia Operativa, Direcciones, entre otros.

Asimismo, se especificarán los ámbitos de aprendizaje donde el residente desarrollará actividades específicas destinadas a la reflexión teórica y a la articulación teoría- práctica. Por ejemplo: reuniones de equipo, Ateneos realizados en las distintas sedes de la residencia o en otras instituciones.

## **7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación**

**En este punto se sugiere desarrollar:**

- La organización general de las actividades en las que participarán los residentes (las de atención, prevención, docentes, investigación, ya sea dentro o fuera de los efectores de salud, entre otras). Especificar categorías generales de distribución de las mismas (por ejemplo: actividad asistencial, académica, de investigación u otras, según corresponda a cada residencia) y la previsión general del tiempo destinado a las mismas expresado en porcentajes.
- Organigrama de rotaciones anuales: aquí se sugiere desarrollar en forma sintética y lo más gráfica posible el recorrido que realizarán los residentes por los distintos espacios de formación (ámbitos de desempeño y aprendizaje) por año, detallando lapso y secuencia. Puntualizar rotaciones mínimas obligatorias y las optativas que se prevén en el programa. Se recomienda detallar el cronograma de rotaciones.
- Delimitar y puntualizar los ámbitos de desempeño de la residencia. Los mismos se refieren a los espacios institucionales en el que se desarrollan las prácticas profesionales y las acciones directas de los residentes que contribuyen a su formación (ámbitos de aprendizaje)

Si bien consideramos que la mayoría de las veces las actividades pueden darse en el mismo escenario formativo (no hay actividad asistencial disociada de las actividades puramente teóricas/formativas, ni actividades de docencia de actividades de investigación o de gestión) se debe proponer una distribución en porcentajes de la carga horaria contemplada y destinada para cada una de ellas. Reemplazamos el concepto de “actividad académica” como la “actividad formativa docente” y por las actividades de formación permanente que se desarrollan en los distintos escenarios con un programa integrado.

### **7.1.1 Actividad formativa Asistencial/ Técnica supervisada.**

En este punto se deberán detallar diferentes escenarios y ámbitos según residencia; incluir las rotaciones con organigrama. Detallar cuadro.

### 7.1.2. Actividad de articulación formativa-docente

Detallar diferentes escenarios y/ dispositivos

- Actividad docente sistematizada
- Actividad docente no sistematizada

### 7.1.3. Actividad de investigación

Cada residencia definirá los dispositivos y metas a cumplir en esta área durante la formación. Todas las actividades deben ser supervisadas.

### 7.1.4. Formación complementaria

- **Cursos obligatorios y/u opcionales:**

Obligatorios: ofrecidos por el GCBA

Opcionales: se puede sugerir realizar cursos en instituciones reconocidas, teniendo en cuenta la calidad de la oferta educativa y las necesidades de formación.

- **Idioma extranjero** que permita interpretar un texto referido a temas de la especialidad.

- o La Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional dicta un curso de inglés al que pueden acceder los/las residentes que les permitirá interpretar un texto referido a temas en el área de la salud.

- **Informática:** adquisición de herramientas de acceso informático para lograr que los residentes sean capaces de utilizar el procesador de textos, base de datos y acceder a bibliografía por este medio.

- **Metodología de la investigación**

- **Otros cursos específicos**

## 7.2. Objetivos, actividades, por año y por rotación

Es importante que de la lectura de estos puntos se desprenda con claridad cuál es el recorrido del proceso de formación de los residentes según cada año de residencia.

Los objetivos deben ser concretos, factibles de evaluar y pertinentes a la competencia que se desea lograr en cada año de formación.

Las actividades se deberán organizar teniendo en cuenta el cumplimiento **del perfil profesional, de las competencias y de los objetivos definidos.**



Las actividades podrán ser obligatorias y optativas, asistenciales y no asistenciales, según criterios integrados como:

- área de contenido,
- ámbito de desempeño,
- función profesional o finalidad de la situación elegida.

Se espera que los criterios elegidos para **organizar las actividades** que realizan los residentes, se combinen de tal manera que reflejen lo mejor posible el sentido formativo de las mismas. Se pueden tomar como puntos de referencia: la práctica real de los sistemas de salud, las estrategias de formación usadas por otros sistemas de capacitación en el área, entre otras.

Es indispensable que las **actividades elegidas** sean las pertinentes para el logro de las competencias detalladas en el perfil profesional de tal forma que sean las necesarias y suficientes para la adquisición y consolidación del mismo.

Se sugiere la siguiente forma de presentación en el programa, a modo de ejemplo:

PRIMER AÑO
<b>OBJETIVOS:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comprender la estructura y funcionamiento de la residencia.</li><li>• .....</li></ul>
<b>ACTIVIDADES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reunión informativa del reglamento de la residencia y de las actividades que desarrolla.</li><li>• .....</li></ul>

Las **rotaciones obligatorias** se incluirán en el presente apartado con el mismo formato de presentación.

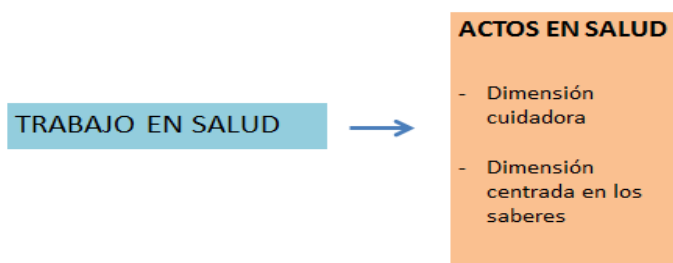
## 8. CONTENIDOS

### 8.1. Contenidos generales

Son los ejes temáticos, las categorías generales más abarcativas a desarrollar en los contenidos.

### 8.2. Contenidos transversales

Los contenidos transversales hacen referencia a cuestiones que se ponen en juego en el encuentro con “los otros” con los que desarrollamos nuestras prácticas en salud. En ocasiones, son considerados como “accesorios” puesto que implican y suponen saberes que exceden a lo disciplinar/académico. Sin embargo, los contenidos transversales se implican en todo encuentro con los usuarios, equipos, familiares, comunidad, opinión pública, comunidad científica. Asimismo, son parte fundamental de la posibilidad de que ocurra un “acto en salud”<sup>5</sup>. Los contenidos transversales dan cuenta de qué y cómo consideramos a “los/las otros/as”, cómo hacemos viables ciertos procesos que consideramos fundamentales para la resolución de problemas de salud, cómo cuidamos a aquellos con quienes intervenimos, cómo reflexionamos en y sobre nuestra práctica cotidiana, qué nos ocurre con la dimensión emocional, cómo favorecemos el trabajo en equipo con otros profesionales de la misma especialidad y/o de otras, con otros trabajadores del sistema y de otros sectores.



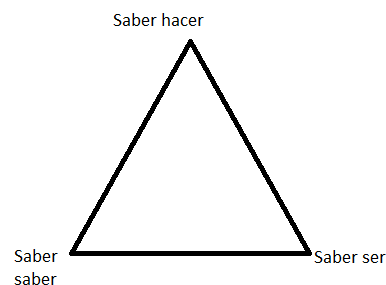
Fuente: Elaboración propia a partir de Merhy E. (2006) Salud: Cartografía del Trabajo vivo en Salud (Pág. 70)

Al recordar las primerísimas experiencias profesionales, los trabajadores de salud suelen expresar cuestiones vinculadas a:

- aplicación de procedimientos estandarizados sin contextualizarlos,
- desconocimiento acerca de cómo comunicar alguna cuestión,
- temor en relación a cómo pueda reaccionar el paciente ante una noticia,
- incomodidad para poder resolver problemas que requieren la articulación con otros miembros del equipo y trabajadores de salud.

Estas cuestiones responden centralmente al salto entre el conocimiento académico y el trabajo en acto en salud, mencionados en el apartado B de Definición de Competencias (ver página 6). En el primero se trabaja con textos, con un contenido teórico a conocer mientras que, en el segundo, se trabaja con otros y se caracteriza por el encuentro con otras personas en acto que nos interpelan.

<sup>5</sup> Da cuenta de la interacción concreta entre personas en salud. De acuerdo a Merhy (2006) para que este acto se produzca se tienen que conjugar una dimensión técnica y de saberes disciplinares y una dimensión relacional (que incluye la escucha, al posicionamiento ético, al alojar a quien consulta y sus preguntas)



Este tránsito a la formación en servicio pone en escena los contenidos transversales: cómo comunicarse con los otros, cómo se concibe a los otros, cómo se aprende en la situación de trabajo, cómo es el sistema de salud funcionando.

Estos contenidos contextualizan y determinan el ejercicio profesional, según tres aspectos: conceptual (saber), procedimental (saber hacer) y actitudinal (saber ser), tienen un carácter teórico-práctico; es decir que la formación en estos contenidos se hace tanto en situación de la práctica, como en situaciones de clase, ateneos, talleres, entre otros.

Una vez que el profesional va insertándose en el sistema volverá a encontrarse con situaciones que lo interroguen en relación a estos temas, por ejemplo las discusiones éticas a la hora de “adecuar un tratamiento” en la etapa final de la vida de un paciente, las discusiones en torno a la realización de prácticas rechazadas por los usuarios (ej. transfusiones), la preocupación por la “no adherencia al tratamiento”. Todas estas son situaciones frecuentes que vuelven a ubicar a los contenidos transversales como necesarios a la hora de pensar la educación permanente en salud.

Distintas especialidades, ante algunas de estas dificultades, desarrollan actividades de formación sobre normativas de derechos de los pacientes, actividades de juego de roles (role playing) donde se ponen en acto escenas habituales o temidas que no saben cómo resolver en torno a lo vincular o comunicacional, debate sobre escenas dilemáticas de películas, actividades que promueven el ponerse en el lugar de paciente<sup>6</sup>.

Como ya se ha mencionado, los contenidos transversales se organizan en cuatro ejes que destacan diferentes dimensiones en el desempeño del profesional de la salud. El primero, resalta el rol del profesional como parte y actor del sistema para garantizar el derecho a la salud de usuarios y población a cargo. El segundo, subraya el vínculo del profesional con los otros sujetos de derecho que acceden a las instituciones de salud: usuarios, equipo de salud. El tercero, se centra en el reconocimiento de la educación permanente y de la investigación para la mejora del trabajo en salud. El último, refiere a la comunicación en salud, a la comunicación en un nivel interpersonal, institucional, comunitario y de medios masivos.

Los contenidos, detallados a continuación, son los que consideramos relevantes para cumplimentar esta integración en la formación del residente:

### **Eje 1: EL PROFESIONAL COMO SUJETO ACTIVO EN EL SISTEMA DE SALUD.**

Concepciones y paradigmas relacionados a la salud. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Incorporación de la dimensión social y política. Campo de la salud.

---

<sup>6</sup> Testa M. relata su experiencia como paciente en un texto memorable “El Hospital. Visión desde la cama del paciente” 1994.

El sistema de salud. Organización del sistema, lógicas de funcionamiento. El enfoque de calidad en la atención. El rol del profesional como agente en la transformación y aplicación de las políticas sanitarias. El reconocimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud diferenciada del primer nivel de atención como estrategia que reorganiza el sistema, planteando la referencia y contrarreferencia entre efectores y reconociendo las particularidades y oportunidades distintas de cada nivel de atención. Reconocimiento de la articulación de la prevención de enfermedades, educación para salud y asistencia. Modelos de atención.

Gestión. Planificación y evaluación en los propios espacios de gobernabilidad. El ciclo de la gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos y guías. Responsabilidad institucional en el ejercicio de la profesión. ASIS (Análisis de Situación de Salud), epidemiología, indicadores básicos orientados a la especialidad y a la población a cargo del efector. Planificación según problemas prevalentes de la población.

Equipo de trabajo. El profesional integrado al equipo para un mejor abordaje desde una perspectiva poblacional y sanitaria. El rol del equipo de salud en la construcción de la equidad y del acceso universal a la atención. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado.

Marco normativo vigente nacional, jurisdiccional relacionado con la salud. Organismos nacionales e internacionales. Encuadre de la práctica profesional en el marco de la garantía del derecho a la salud.

## **Eje 2: DIMENSIÓN ÉTICA Y DE CUIDADOS EN SALUD. SUJETOS DE DERECHO.**

Sujetos de derecho: paciente, familias, trabajadores de salud. Marco vigente, nacional y jurisdiccional sobre derechos del paciente y del encuadre laboral en salud. Diferencia entre ética y moral.

El paciente y su familia, la comunidad como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado. Perspectivas de derecho/género/interculturalidad. Reconocimiento del otro (paciente, familiar, trabajadores) como “semejante” y sujeto de derecho. Responsabilidad en la resolución de problemas. Exigencia a las instancias correspondientes aquello que sea requerido para resolver un problema según estándares de calidad.

Organización y participación de los actores en salud. Herramientas en participación comunitaria. Análisis, priorización y toma de decisiones. El trabajo con otros en sus múltiples dimensiones: interdisciplinariedad, interculturalidad, diversidad de miradas y prácticas. La complementariedad de saberes para la mejora de la atención y la resolución de conflictos.

Autocuidado y cuidado de los trabajadores del equipo de salud. Reconocimiento de las emociones y marcas que produce en los trabajadores de la salud el trabajar con cuestiones cercanas al dolor, la vida, la muerte, los proyectos vitales, los temores. Reconocimiento de las propias limitaciones y lo oportuno de compartirlas con los equipos en el marco de la garantía del acceso al derecho a la salud. Dispositivos de reflexión de la práctica como evaluaciones, supervisiones, espacios de elaboración de angustia, taller de reflexión sobre temas como comunicación, dilemas éticos, entre

otros. Aplicación y control de las normas de bioseguridad en el ejercicio cotidiano. Condiciones y medio ambiente de trabajo. Dimensiones del cuidado del ambiente para la salud del paciente, del profesional y del equipo.

El profesional en el mercado de trabajo. Responsabilidades civiles y penales del ejercicio profesional. Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.

### **Eje 3: EL PROFESIONAL COMO PARTICIPANTE ACTIVO EN LA EDUCACIÓN PERMANENTE Y LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS.**

El trabajo como fuente de aprendizaje y conocimiento: Educación Permanente en Servicio. La institución sanitaria y los equipos de salud en la construcción de procesos de educación permanente en salud.

La investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas. Investigación clínica e investigación básica. Diferentes enfoques (Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Investigación Sanitaria Colectiva, y otros.).

El profesional en la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención-cuidado. Sistemas y registros de información sanitaria y epidemiológica. Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. Redes y centros de información y documentación. Lectura comprensiva de artículos especializados en idioma extranjero. Utilización del servicio de buscadores y de traductores virtuales. Organización de comunicaciones científicas y presentación de datos y experiencias.

### **Eje 4: COMUNICACIÓN EN SALUD**

Dimensiones y niveles de la comunicación: interpersonal (con pacientes, con otros trabajadores del sistema), institucional (cómo se comunican los equipos, cómo organizan su tarea, qué comunican con palabras y qué con el cuerpo, las prácticas, las formas de acercarse a los usuarios, qué comunica la arquitectura de un espacio), comunitaria, medios masivos. Comunicación institucional y con los pacientes como constitutiva de las “buenas prácticas en salud”<sup>7</sup> La comunicación como vínculo para las actividades de prevención, tratamiento de enfermedades y promoción de salud. Comunicación de noticias difíciles.

---

<sup>7</sup> Una “buena práctica en salud” es una experiencia o intervención que ha generado un resultado valioso para el (la) usuario(a), que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades, para una mejora de las condiciones de vida, que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que puede servir de modelo para otros equipos de salud. Para mayor información consultar: <http://unhabitat.org/wp-content/uploads/2014/05/Spanish-Guidelines-2014.pdf>; <http://www.elagora.org.ar/site/practicas.htm>;

Perspectivas en comunicación: instrumental y de construcción de sentidos. El poder en las relaciones sociales. Inyección de valores o construcción de sentidos. Articulaciones posibles. Los destinatarios.

Plan de comunicación y estrategias comunicacionales. Definición de problema en comunicación, qué es comunicación y qué no. Mitos en torno a la comunicación (Ej. “todo se resuelve con comunicación”, “con comunicación se acaban los conflictos”, “los pacientes/ los otros trabajadores/ las otras disciplinas no entienden”)

Los trabajadores de salud y las nuevas tecnologías de información y comunicación.

### **8.3. Contenidos específicos**

Los contenidos específicos abarcan los conocimientos propios de la especialidad, teorías, principios, métodos, técnicas, procedimientos, modos de indagación y validación, modos de pensamiento y de resolución de problemas particulares del área de especialización.

## **9. SISTEMA DE EVALUACIÓN**

### **LOS OBJETOS DE EVALUACIÓN**

Es necesario que se determine qué evaluar (lo que constituirá los objetos de evaluación) por qué y para qué, así como también desde dónde se va a interpretar la información obtenida.

Como en todo proceso de organización de información hay que identificar qué información está ya disponible, cuál/cuáles hay que construir, qué dispositivos de búsqueda, sistematización y análisis ya se usan y cuáles hay que crear.

En esta propuesta jerarquizamos la evaluación de: **A) LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y B) EL DESEMPEÑO DE LOS RESIDENTES**

#### **A) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN**

El Programa de la residencia es un documento que debe guiar las instancias formativas y que debe estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que garantice la constante actualización. La evaluación debe permitir construir con evidencia empírica, valoraciones y apreciaciones sobre el programa para fundamentar de las decisiones a tomar.

La finalidad última de la evaluación es contribuir a la mejora del programa de formación de los recursos humanos que a su vez impacta en el proceso de promoción y de atención de la salud.

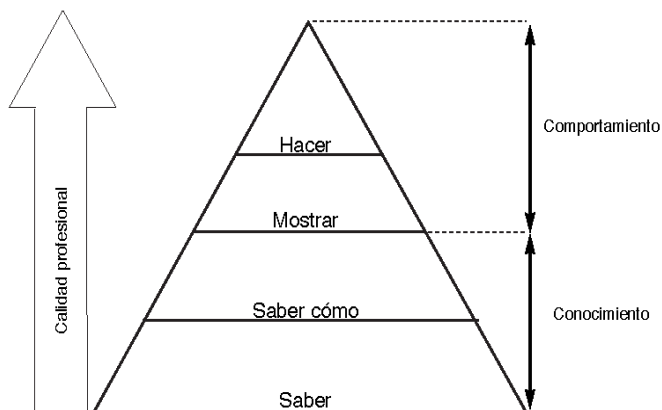
#### **B) EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES.**

El sistema de evaluación del desempeño de los residentes requiere una observación continua de los aprendizajes, así como el registro y sistematización de los desempeños, con instancias de devolución y supervisión sobre sus avances. Incluye tanto los conocimientos teóricos como las habilidades, destrezas, valores y actitudes; estos son las competencias desplegadas integralmente en las prácticas profesionales en los contextos de trabajo. Se sugiere implementar distintas estrategias de

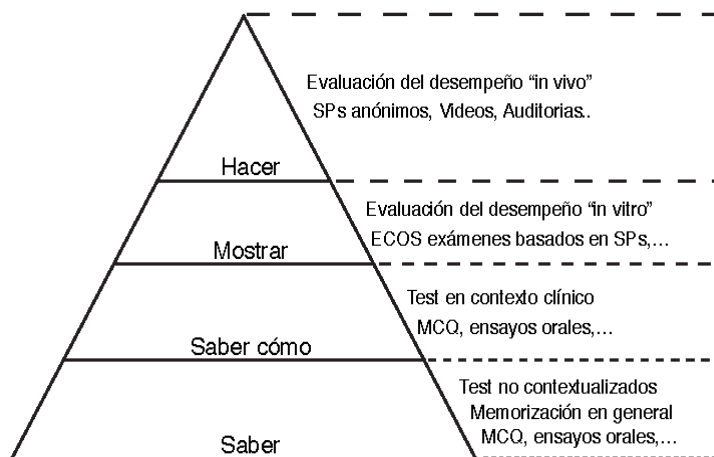
evaluación, que integren proceso y resultado; además, las diferentes dimensiones para la evaluación global de las competencias. No debe olvidarse que la evaluación requiere de evidencias y dimensiones de las competencias, y que las mismas deben ser registradas y documentadas.

### Pirámide de Miller

Georges Miller ha desarrollado un modelo de competencia profesional representado por una pirámide compuesta de varios niveles. Expresan las dimensiones a evaluar de las competencias.



Modificade de Miller G.E., The assesment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990, 65: S63-S67



- Saber: valora sobre todo los conocimientos, tanto teóricos como prácticos. Basado en la memoria.
- Saber cómo: comprende también cómo se interrelacionan los conocimientos y la manera de integrarlos ante una situación concreta.
- Demostrar cómo: valora también habilidades, el cómo se aplican las competencias que se poseen ante una situación similar a la realidad.
- Hacer: evalúa el desempeño real de la práctica profesional.

Se destaca otra dimensión de la evaluación, no definida por Miller, que es el “**saber ser**”, incluye la articulación de contenidos afectivos y motivacionales (actitudes y valores: convicciones, empatía,

autoconocimiento, intereses, responsabilidad, motivación), que debe ser considerada particularmente en la observación de la conducta cotidiana.

### **Estrategias de evaluación, dispositivos e instrumentos**

A lo largo del transcurso de los meses de aprendizaje en la residencia, la herramienta fundamental que construye un hilo conductor debe ser la **supervisión capacitante o formadora**. Se considera una concepción de la supervisión que supera la instancia de control y la concibe como medio fundamental para reflexionar conjuntamente con el evaluado, acerca del proceso de adquisición de competencias profesionales. **De este modo, la evaluación constituye una instancia más de aprendizaje.**

La supervisión debe preocuparse por desarrollar las capacidades de los residentes. Se debe permitir la participación del residente en su propio proceso de evaluación-formación. El vínculo que se establezca entre supervisor y el/la residente debe caracterizarse por el respeto, la contención, la claridad, la aceptación y el reconocimiento mutuo de capacidades y potencialidades. En este sentido, cabe resaltar la dimensión cuidadora de los procesos de formación que aloja y contiene dudas, inseguridades, comentarios, emociones, y re-planifica espacios formativos de práctica a partir de la instancia de evaluación.

Para evaluar **conocimientos y procesos** de pensamiento de distinta complejidad puede usarse dispositivos que tengan como instrumentos **exámenes escritos** de desarrollo, de **análisis de casos** o de selección múltiple.

Para evaluar **actitudes específicas** pueden organizarse entrevistas personales o grupales con distinto grado de estructuración. En estas entrevistas se pueden apreciar las percepciones que tienen los actores sobre el proceso de formación sobre su propio rol, sobre el contexto y sobre sus propios logros.

Para evaluar la **capacidad de producción de conocimientos nuevos** se puede proponer la elaboración de monografías, investigaciones, estudios de casos o reflexiones sobre programas de salud en los que participó el/la residente.

Para evaluar el **desempeño** se deben organizar observaciones sistemáticas de la práctica en la situación natural de trabajo. Esta es una instancia integradora sobre la cual debe reflexionarse para lograr la articulación de los aprendizajes.

El libro de anotaciones, el Mini-cex, la lista de cotejo de evaluación progresiva son dispositivos que permiten evaluar **el desempeño en las prácticas cotidianas**, y permiten poner por escrito las ideas, conocimientos y apreciaciones, sea en forma práctica y operativa, sea en la interacción y el trabajo conjunto con otros/as compañeros/as residentes. Estas producciones posibilitan evaluar, además de aprendizajes cognitivos, pensamiento autónomo, solución de problemas, habilidades, trabajo en equipo, elaboración de planes de trabajo, interpretación, capacidad comunicativa, entre otros aprendizajes relevantes, durante las actividades.

De esta forma, la evaluación no es un momento distinto de las tareas mismas que tienen que realizar a lo largo de la enseñanza y forma parte de del proceso de aprendizaje.

El **portafolio**, es un instrumento para evaluar las competencias, permite la recopilación y archivo, en una carpeta desplegable, con divisorios de clasificación interna, de los trabajos, experiencias y producciones significativas, como muestras documentadas de sus logros y experiencias personales y profesionales. Es un trabajo individual que realiza el/la residente, se comparte con el docente y dialoga sobre los trabajos incorporados. Cada divisorio reúne materiales clasificados en distintos logros, y puede realizarse de maneras variadas.



<b>Sugerencia de texto común</b> (se pueden agregar especificidades)
--

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua.

### **Evaluación del Programa**

El Programa de la residencia es un documento que debe guiar las instancias formativas, es por ello que debe estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que garantice su constante actualización. Por tal motivo, la coordinación general de la residencia, basada en los objetivos determinados por la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, ha planificado estratégicamente su trabajo para evaluar y actualizar el programa de formación docente de residentes a través de diferentes metodologías y herramientas.

### **Evaluación del desempeño del residente**

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de un sujeto para realizar una práctica profesional. Esto incluye los modos de organización, retención y uso de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para esa práctica. Esta modalidad de evaluación se basa en la observación de la práctica profesional directa o a través de distintos indicadores.

El proceso de evaluación deben llevarlo a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que al menos uno de ellos haya sido su capacitador directo en el área correspondiente, participando activamente de este proceso el Jefe de Residentes y el Coordinador Local del Programa de Residencia en la sede de origen.

Con respecto a la frecuencia, tanto en las rotaciones anuales como en las de menor duración, deberá asegurarse una instancia de evaluación formativa o de proceso al promediar la rotación y otra sumativa o de producto al finalizarla.

En todas las instancias de evaluación, se realizará una entrevista de devolución de resultados y sugerencias al residente, oportunidad en la que el mismo firmará la aceptación y conocimiento de su evaluación.

La promoción anual del residente se realizará según la evaluación global del desempeño donde se considerarán las planillas de evaluación realizadas en los distintos ámbitos, que evalúan los comportamientos esperados en los mismos y que forman parte de las competencias profesionales que los residentes deberán adquirir. El residente promocionará con valoración Satisfactoria o Altamente Satisfactoria.

### **Evaluación de las rotaciones**

Los profesionales responsables de la formación en cada rotación deberán conocer el programa docente con los objetivos de aprendizaje inherentes a la misma, y el instrumento con que se evaluará esa experiencia de formación, que será entregado al Secretario del CODEI debidamente cumplimentado.

De acuerdo a la Disposición-2003-08-DCYD se especifican los requisitos y pasos a seguir para cumplimentar rotaciones externas.

De acuerdo a la Disposición-2015-41-DGDOIN sobre las rotaciones en el extranjero, se especifica que finalizada la misma, en un plazo no mayor de dos meses, el rotante deberá entregar, además de la certificación de la rotación por autoridad competente del lugar donde efectuó la misma, un informe final pormenorizado firmado por él y por el coordinador del programa local, en el que conste si se cumplieron los objetivos, la descripción de lo realizado y en caso de nuevos procedimientos o técnicas utilizadas, deberá adjuntar el protocolo correspondiente, con las referencias bibliográficas y conclusiones, con el fin de poder transferir la experiencia adquirida.

## **10. FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA**

Se presenta un **texto común** para todos los programas, basado en las normativas vigentes. Explicita quiénes son los responsables en la formación del residente, los roles y las funciones (coordinación general, coordinador local del programa, jefes e instructores de residentes). Contarán con el apoyo técnico de un asesor pedagógico, perteneciente a la Unidad de Gestión Pedagógica de la DGDINyDP.

La Residencia es un sistema de formación en servicio que cobra sentido cuando se articula una sólida cadena de supervisiones la cual se extiende desde la coordinación general de la residencia hacia el interior de la misma.

La supervisión es el sistema que integra la evaluación al proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones de los residentes sino que es una instancia más para el aprendizaje. Es deseable que la supervisión se convierta en un medio para la formación que incluya pero que también supere el control de la tarea.

La responsabilidad de la formación del residente estará a cargo de:

- a- Coordinación general del programa de residencia
- b- Coordinación local del programa de residencia
- c- Jefe de residentes y/o instructor de residentes

La Autoridad de aplicación designará a la **Coordinación General de la Residencia** por Resolución Ministerial. Será la responsable de la planificación, ejecución y evaluación del programa docente de la Residencia. Estará constituida por un profesional o un equipo de profesionales que acrediten formación en el área de desempeño con responsabilidad en la gestión de la Residencia y en el Programa Docente de las Residencias emanado por la Autoridad de aplicación del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **Funciones de la Coordinación General de Residencia:**

Según Resolución 2014-987-MSGC Anexo II

- Elaborar el Programa Docente General de la Residencia.
- Actualizar periódicamente el Programa Docente General de la Residencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Recabar información sobre las sedes de la Residencia; y el monitoreo de su capacidad formadora.

- Asesorar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Coordinar la organización de la capacitación en red, supervisando la coherencia entre los proyectos locales y el programa central, articulando los proyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio.
- Fomentar el vínculo institucional entre la Residencia, las Direcciones del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, los Programas de Salud y la Dirección de Capacitación y Docencia.
- Propiciar la articulación entre la Dirección de Capacitación y Docencia, Comités de Docencia e Investigación, Jefes de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud,
- Coordinadores de Programas locales, Jefes y/o Instructores de Residentes, Residentes.
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia acorde a la normativa vigente a través de: elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.
- Diseñar, gestionar la puesta en marcha y analizar el sistema de evaluación del desempeño de los Residentes. Constituir una instancia de mediación en caso de conflicto entre las partes citadas.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias del Sistema de Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección de Capacitación y Docencia organice.
- Tender a la capacitación y actualización periódicas en temáticas inherentes al campo profesional, a la gestión en salud y a la función de coordinación

### **Funciones de la Coordinación local de Programa o Coordinación de sede:**

Según la Ordenanza-1986-40.997-CDMCBA.

Estará integrada por un profesional o un equipo de profesionales pertenecientes a la sede de la Residencia que deberá elaborar estrategias para lograr la articulación de su unidad formativa con el programa docente. Esta actividad se desarrollará conjuntamente con el jefe del servicio y el jefe de residentes. Deberán ser profesionales de la misma disciplina o profesión, con competencia en el área de desempeño de la Residencia, debiendo pertenecer al plantel del GCBA con un cargo no superior al de Jefe de División. Será designado por la Autoridad de aplicación, a propuesta conjunta de la Dirección del Hospital y de la Subcomisión de Residencias. Durará en su cargo 2 años pudiendo renovarse en sus funciones.

Es de esperar que esta figura:

- Colabore en la elaboración del proyecto local siguiendo los lineamientos del programa general.
- Supervise la implementación del proyecto local.
- Organice actividades de capacitación
- Participe en la evaluación de desempeño de los residentes.
- Coordine a través de reuniones periódicas con la residencia, la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.
- Vincule acciones intra y extra institucionales optimizando la capacitación.
- Mantenga comunicación fluida con la coordinación general de la residencia.

### **Funciones del Jefe de residentes:**

Según la Ley 601/01 G.C.A.B.A., modificatoria de la Ordenanza 40.997:

"El Jefe de Residentes será un profesional contratado anualmente, no renovable, que haya completado la residencia en la especialidad y profesión correspondiente; será propuesto por voto directo de los residentes en cada especialidad o profesión, con la aprobación de la Subcomisión de Residencias y el Comité de Docencia e Investigación. Se elegirá un Jefe de Residentes cada diez (10) residentes o fracción mayor de cuatro (4). Cada residencia tendrá un Jefe de residentes aunque su número sea menor de diez (10). (...) Al final del período recibirá un certificado expedido por la Dirección de Capacitación y refrendado por el Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires."

Son funciones del Jefe de Residentes:

- Asumir la responsabilidad de la conducción del grupo de Residentes
- Actuar de acuerdo con el coordinador de programa y jefes de servicio, en la supervisión y control de las actividades, como asimismo con jefes de residentes de otras especialidades y profesiones.
- Desempeñarse como un referente en lo personal y profesional hacia los residentes.
- Organizar y coordinar las actividades científicas, académicas y asistenciales de la residencia dentro de los programas preestablecidos, supervisando la tarea.
- Insertar en la práctica diaria dichas actividades en consenso con el jefe de Servicio.
- Incentivar la participación de los residentes en las actividades académicas y científicas preestablecidas.
- Promover la inserción de la Residencia en actividades interdisciplinarias.
- Interesarse por las necesidades y sugerencias del grupo de residentes para poder tomar decisiones ecuanímes.
- Evaluar periódicamente a los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético.

#### **Funciones del Instructor de residentes:**

Según la normativa vigente, el Instructor de residentes será un profesional con antecedentes acreditados en la especialidad y profesión y podrá pertenecer a la carrera profesional hospitalaria, siempre que cumpla sus funciones en sábados, domingos y/o feriados. Se lo contratará anualmente pudiendo ser renovable. Cuando no haya postulantes para ser designados jefes de residentes, el instructor cumplirá las mismas funciones que éste.

Habiendo jefe de residentes sus funciones serán:

- Brindar apoyo al coordinador general y al Coordinador local del programa de la Residencia y articular acciones entre los diferentes niveles de responsabilidad de la formación.
- Supervisar la implementación del programa de formación de la residencia.
- Asesorar en el área de contenidos de su especialidad.
- Seguimiento del desempeño de los residentes en áreas específicas.
- Participar en la evaluación de los residentes.

## **11. BIBLIOGRAFÍA**

Se deberá citar la bibliografía que se utilizó para la realización del programa, teniendo en cuenta los siguientes ítems bibliográficos

- Numerar cada referencia bibliográfica en la presentación
- Indicar tipo de bibliografía (textos, informes, guías, leyes, entre otros.)
- Consignar autor, nombre del texto, capítulos, editorial, lugar y año de edición

## 12. APÉNDICE

Cada Residencia elegirá la información complementaria que crea pertinente especificar, para una mejor comprensión del programa en su totalidad como por ejemplo:

- Programa de cursos
- Normativas
- Procedimientos
- Instrumentos de evaluación, entre otras.

## E) BIBLIOGRAFÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

- Borrell Bentz, R. (2005) La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Argentina: OPS/OMS.
- Barbier, JM. (1993) La evaluación en los procesos de formación. Barcelona: Paidós
- Brailovsky, C. (2001) Educación Médica, evaluación de las competencias en Aportes para un cambio curricular en Argentina. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires Facultad de Medicina Secretaría de Asuntos Académicos. OPS/OMS.
- Dabas, E.; Perrone, N. (1999) Redes en salud, Mimeo.
- Davini, MC; Nervi, L; Roschke, M. (2002) Capacitación del personal de los servicios de salud - serie observatorio de recursos humanos de salud n ° 3. OPS/OMS. Ecuador, Quito:OPS/OMS.
- Davini, MC, (et al) (2003). Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual 1ª ed. Buenos Aires: OPS. GCBA, Secretaria de Salud. UBA. Instituto Gino Germani.
- Davini MC. (s/f) Lectura Básica del Módulo II. "Estrategias Pedagógicas en el Contexto de las Residencias". [Texto especialmente editado para el curso de formación docente tutorial para el sistema de residencias]. DNCHySO. Msal / CVSP-OPS.
- Davini, M.C. y Roschke, M.A. (1994) Conocimiento significativo: el diseño de un proyecto de Educación Permanente en Salud. En: Educación Permanente del Personal de Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 100, OPS/OMS, Washington: OPS/OMS.
- Editorial. (2005) Preguntas sobre la evaluación de las competencias y alguna respuesta: portfolio. 36 (1):3-4, Disponible en: [www.semfyec.es](http://www.semfyec.es)
- Fornels, J. (s/f) Capítulo 28.1 Portafolio. Institut d'Estudis de la Salut. Disponible en <http://www.saidem.org.ar/docs/Uces2015/Fornells%20J%20M%20Portfolio.pdf>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ex Secretaría de Educación. Dirección General de Planeamiento - Dirección de Currícula. (2006). Orientaciones curriculares para planes de estudio de formación superior técnica. Documento interno. Argentina, Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2006), Guía para la elaboración de programas docentes de las residencias, Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2015). Análisis de Situación de Salud CABA 2013 (ASIS), Buenos Aires. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud. DGDOIN (2003). Programa docente de la Residencia de Fonoaudiología, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/programa-de-residencias-basicas>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. DGDOIN. (2014) Programa docente de la Residencia de Terapia Ocupacional, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/programa-de-residencias-basicas>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud. DGDIYDP. (2016) Programa docente de la Residencia de Cirugía General. Disponible en:

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/programa-de-residencias-basicas>

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud. DGDIYDP.(2016). Programa docente de la Residencia Post-básica Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos.

Disponible en:  
<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/programas-de-residencias-posbasicas.ñ>

- Irigoien, M.; Vargas, F. (2002) Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: Cinterfor.
- Merhy, E. (2006) Salud: Cartografía del trabajo vivo en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. (2012). Residencias del equipo de salud. Documento marco. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2015). Marco de referencia para la Conformación de los equipos de salud Residencia interdisciplinaria en salud mental. Disponible en:  
<http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/Doc-Marco-SaludMental-102015.pdf.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. (2015) Guía para la elaboración de programas de residencia. Selección del documento.
- Perrenoud P. (2008) Diez nuevas competencias para enseñar” en Tiempo de Educar, vol. 9, núm. 17, enero-junio, 2008, pp. 153-159.
- Rodríguez, P (2012). La evaluación en la residencia y en la concurrencia: hacia la construcción de criterios comunes, Buenos Aires: Ministerio de Salud DGDOIN.
- Rovere, M. (2006). Redes en salud; los grupos, las instituciones, la comunidad. Rosario-Buenos Aires: El Ágora.
- Schön, D. (1997). La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós.
- WFME. (2004). Desarrollo profesional continuo. Estándares para la mejora de la calidad Educación Médica Vol 7, suplemento 2, Julio-Septiembre 2004.
- Salmerón Pérez, H. (s/f). Planificación y diseño de la docencia en educación superior desde los planteamientos de formación por competencias. Granada: Universidad de Granada. Disponible en:  
[http://calidad.ugr.es/pages/secretariados/form\\_apoyo\\_calidad/programa-de-formacion-permante/evaluacioncompetencias2/sesion4a7/modelodeaprendizajeeneducacionsuperior/!](http://calidad.ugr.es/pages/secretariados/form_apoyo_calidad/programa-de-formacion-permante/evaluacioncompetencias2/sesion4a7/modelodeaprendizajeeneducacionsuperior/)
- Testa M. (1994). “El Hospital. Visión desde la cama del paciente” en *Políticas de Salud Mental*, eds.: Osvaldo Saidón y Pablo Troianovsky, Buenos Aires: Lugar Editorial. Traducido al portugués (revista Saúde Mental Coletiva de Rio Grande do Sul).

## **NORMAS:**

Ordenanza N° 40.997/85 (G. C. B. A.): Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud y sus modificatorias. 1985. Disponible en:

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)  
[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)

Ordenanza N° 41823/ CjD/ 87. BM N° 18041. Disponible en:

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)  
[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)

Ordenanza 51.475/97. Disponible en:

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)  
[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)

Ley N° 153/99. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. 28-05-99. Disponible en:

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)  
[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)

Disposición N° 8 -DCYD-03 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2003. Disponible en:

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)  
[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)

Disposición N° 41- DGDOIN – 2015 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2015. Disponible en:

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)  
[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)

Ley N° 601, Modificación de Régimen de Residencias. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Junio de 2001. Disponible en:

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)  
[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)

Ley N° 4.702. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 2013. Disponible en:

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)  
[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu\\_id=20165](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165)

Disposición 176/DGDOIN/14-Anexo. GUÍAS PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DOCENTES DE LAS RESIDENCIAS. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica e Investigación. 2012.. Disponible en:

<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/pautasprogramas.pdf>  
<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/pautasprogramas.pdf>

LEY N° 5.462. Modificatoria Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (153/99). Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 03/12/2015. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5462.html>

<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/pautasprogramas.pdf>

LEY N° 2.445/2007. BOCBAN° 2797



Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud Resolución 450/2006 MSA.-

Resolución N° 485-MSGC-11 Requisitos y procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de investigación

Resolución N° 2122-MSGC/11. Designación de Coordinadores Generales de las Residencias y Concurrencias.

## F.1) Apéndice I: ejemplos

### 1. Ejemplo Población destinataria (punto 2.2.)

#### 2.2. Descripción de la población destinataria

##### **Programa docente de Fonoaudiología**

*La población destinataria de las acciones contempladas en el presente programa docente de la Residencia de Fonoaudiología está compuesta por los niños/as, adolescentes, jóvenes, adultos/as y adultos/as mayores, familias y/o grupos poblacionales que se atienden en los efectores de salud y/o concurren a establecimientos educativos del GCBA, y/o residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de acuerdo con la garantía universal del derecho a la salud establecida por la Ley Básica de Salud N°153.*

*Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del INDEC realizado en el año 2010, la Ciudad de Buenos Aires posee 2.890.151 habitantes. En cuanto a su composición, se trata de una pirámide poblacional envejecida: una base pequeña, con pocos nacimientos, y una terminación ensanchada dada por la presencia de muchos adultos mayores. Este último grupo etario representa el 12,7% de la población de la Ciudad según la Encuesta Anual de Hogares 2014. De acuerdo a la misma fuente estadística, el grupo etario con mayor cantidad de habitantes es el que se encuentra entre los 20 y 29 años (16,3%), seguido de la franja de habitantes entre 30 y 39 años (14%). Respecto a la población nacida en el extranjero, ésta constituye el 13,2% del total, siendo su procedencia mayoritariamente de países limítrofes y otros países americanos.*

*En cuanto a la utilización de los servicios públicos se puede señalar que el 16,8% de la población total atiende su salud exclusivamente en el subsector público. (Fuente: Dirección de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda, GCBA, Encuesta Anual de Hogares, 2013); y el 30% de la población de la ciudad cursa su escolaridad en el sistema educativo porteño (Fuente: Ministerio de Educación, Dirección General de Evaluación de Calidad Educativa. El estado de la educación en la Ciudad de Buenos Aires, 2012). Cabe señalar que por ser la Ciudad la Capital de la República Argentina, como todo conglomerado urbano, recibe en días y horas laborables una cantidad de ciudadanos que exceden notablemente el volumen de su población residente. Por ello, es esperable que los porcentajes estimados a partir de los estudios estadísticos se incrementen debido al uso de los servicios públicos de la Ciudad por parte de la población que transita, estudia o trabaja sin ser residente del distrito.*

*Se presentan a continuación datos estadísticos específicos del área fonoaudiológica en el ámbito de la salud pública de la Ciudad.*

*De acuerdo al registro de prestaciones fonoaudiológicas del Departamento de estadísticas de salud de la Ciudad<sup>8</sup> en el año 2014 fueron atendidos 179.620 pacientes por los servicios de fonoaudiología de 22 Hospitales Públicos. Es posible discriminar la atención por **consultorios externos** (88%) e*

<sup>8</sup> Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/movimiento-hospitalario-ano-2014>, consultado el 11 de abril de 2016

**internación** (12%). Del total de pacientes, el 44% (78.936 pacientes) fue atendido en los 7 hospitales en los que la residencia tiene sede.

Siguiendo la misma fuente estadística, respecto a las prácticas realizadas, se registran 443.789 prácticas en los 22 hospitales, el 63% de las mismas corresponde a **diagnósticos** y el 37% restante a **tratamientos**. Se registran en las sedes de la residencia 174.167 prácticas, representando el 39% de las prácticas totales<sup>9</sup>.

En cuanto al primer nivel de atención, según los datos estadísticos de la ciudad, en el año 2011 se realizaron 19.920 consultas fonoaudiológicas en los CeSAC (Información en Atención Primaria de la Salud, SICESAC, Síntesis del año 2011. GCBA, Ministerio de Salud, Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario, Departamento de Estadística de Salud).

Con referencia a las áreas programáticas se señala que en el año 2011 el Programa de Salud Escolar registra el control de 62.460 escolares en la Ciudad. De este total, en el área fonoaudiológica, se discrimina que el 5,4% está en tratamiento y el 27,8% es derivado a tratamiento. (Programa de Salud Escolar, Control de Salud Integral del escolar, Informe 2010-2011, Ministerio de Salud, Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario, Departamento de Estadística de Salud).

A continuación se describe con mayor especificidad a la población beneficiaria de las prácticas efectuadas por la Residencia de Fonoaudiología.

**El mayor porcentaje de prestaciones según etapa etaria están destinadas a:**

- **Neonatos:** Programa de pesquisa universal de hipoacusias y seguimiento de bebés de alto riesgo.
- **Primera infancia:** Trastornos de la comunicación y el lenguaje.
- **Niños en edad pre escolar:** Trastornos fonético-fonológicos. Screening de Salud Escolar.
- **Niños en edad escolar:** Trastornos fonético-fonológicos, deglución disfuncional, respiración bucal. Disfluencia. Alteraciones en la lectoescritura secuelas a trastornos del lenguaje.
- **Adolescentes:** disfluencias, hipoacusias inducidas por ruido.
- **Adultos:** Secuela de ACV y de TEC. Hipoacusia súbita. Disfonías funcionales. Trastornos del equilibrio.
- **Adultos mayores:** Secuela de ACV, deterioro cognitivo, disfagia, presbiacusia. Acompañamiento del envejecimiento.

---

<sup>9</sup> Para ambas variables, pacientes atendidos y prácticas realizadas no hay grandes variaciones en cuanto a los porcentajes que corresponden a la distribución entre consultorios externos e internación, y diagnóstico y tratamiento, realizado en los Hospitales con sede de residencia respecto a los datos generales.

## **2. Ejemplo perfil y áreas de competencias (puntos 4 y 4.1)**

### **4. PERFIL DEL MÉDICO CIRUJANO GENERAL.**

*El Cirujano General es el médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes afectados por patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia sean de origen congénito, inflamatorio, traumático o neoplásico. En los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: digestivo, pared abdominal, endócrino, piel y partes blandas, retroperitoneo. También resuelve las urgencias de las subespecialidades quirúrgicas o especialidades afines (trauma, vascular, tórax, urología, cabeza y cuello, tocoginecología, trasplantología e infantil), para iniciar el tratamiento, estabilizar y/o trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.*

*La Cirugía General debe ser considerada tanto una especialidad en sí misma como también una plataforma básica para la formación posterior en las distintas disciplinas quirúrgicas o especialidades derivadas. Por lo tanto el cirujano general es el especialista preparado para manejar las patologías quirúrgicas prevalentes de un hospital de mediana y alta complejidad, siguiendo los principios éticos de la práctica, considerando aspectos promocionales y preventivos, aplicando diferentes técnicas aceptadas por la comunidad científica, compartiendo la intervención con el equipo de salud y contemplando los factores de riesgo.*

## **3. Ejemplo Áreas de competencias (4.1.)**

Para identificar las Áreas de Competencias pueden utilizarse distintos criterios, según sea pertinente, considerando distintos momentos o sucesivas etapas del proceso de producción de las prácticas profesionales.

- análisis, diagnóstico, terapéutica, seguimiento
- distintos sujetos de la atención (población/ familia/ individuo; niño/ adolescente/ adulto, etc.)
- ámbitos de acción (comunidad, consultorio, sala; terapia intensiva/ internación, etc.)

Las competencias o capacidades específicas desagregan los desempeños en cada Área o situación de trabajo, involucrando y movilizand o prácticas complejas y transferibles a distintos contextos o situaciones de trabajo.

## **4.1. Áreas de Competencia**

*Las áreas de competencia del cirujano general se han definido por competencias específicas que se agrupan según momentos de la atención y tipos de actividades, son las siguientes:*

- 1. Atender al paciente quirúrgico durante la etapa de diagnóstico clínico-quirúrgico, contemplando los factores de riesgo.*
  - 1.1 . Reunir la información respecto del paciente y su patología*
  - 1.2 .Realizar el adecuado diagnóstico prequirúrgico para la actuación en cirugías programadas y de urgencias.*
  - 1.3 . Definir conductas terapéuticas.*
  - 1.4 . Preparar clínicamente al paciente para la cirugía.*
  - 1.5 . Comunicar e informar de manera pertinente las decisiones quirúrgicas adoptadas, a través del consentimiento informado.*
  
- 2. Atender al paciente quirúrgico en el acto operatorio, contemplando los factores de riesgo.*
  - 2.1. Planificar el acto quirúrgico.*
  - 2.2. Preparar el escenario de la cirugía.*
  - 2.3. Realizar el acto quirúrgico.*
  - 2.4. Conducir al equipo quirúrgico.*
  - 2.5. Informar al paciente y/o a la familia sobre los resultados del acto quirúrgico.*
  
- 3. Atender al paciente quirúrgico durante la etapa postoperatoria, evaluando su evolución.*
  - 3.1. Decidir el nivel de complejidad de la internación del paciente.*
  - 3.2. Realizar el control posquirúrgico inmediato y mediato.*
  - 3.3. Informar debidamente al paciente y/o familiares acerca de la evolución postoperatoria.*
  - 3.4. Determinar el momento y las condiciones del alta de internación.*
  - 3.5. Definir tratamientos complementarios.*
  
- 4. Planificar, implementar y evaluar las herramientas básicas para la gestión de la actividad quirúrgica que desempeña, a fin de optimizar la atención.*
  - 4.1. Planificar la agenda de actividades en función de las características de su ámbito de desempeño.*
  - 4.2. Elaborar documentos y registros e implementar acciones para la gestión.*
  - 4.3. Evaluar el proceso de gestión para mejorar acciones futuras.*

5. *Participar en actividades científico-académicas y docentes para complementar su formación básica, para contribuir a la producción y difusión de nuevo conocimiento y para formar a pares.*

5.1. *Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.*

5.2. *Participar en acciones de educación permanente.*

5.3. *Desarrollar tareas docentes en su ámbito de desempeño.*

#### **4. Ejemplos Criterios de realización**

Los Criterios de realización describen evidencias que permiten evaluar cuándo las prácticas se consideran adecuadas, en los aspectos técnicos, normativos, actitudinales y de interacción social. Reflejan la calidad de la actuación profesional. Son las actividades desglosadas.

**No se colocan en el programa: permiten definir las competencias específicas.**

#### **EJEMPLO A**

*Marco de referencia para la formación en Residencias Médicas. **Especialidad: Cirugía General.** Dirección Nacional de capital Humano y Salud Ocupacional. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (M.S.A.L). Junio 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar><http://www.msal.gov.ar/>*

#### **COMPETENCIA GENERAL**

*El Cirujano General es el médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes afectados por patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia sean de origen congénito, inflamatorio, traumático o neoplásico. En los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: digestivo, pared abdominal, endócrino, piel y partes blandas, retroperitoneo. También resuelve las urgencias de las subespecialidades quirúrgicas o especialidades afines (trauma, vascular, tórax, urología, cabeza y cuello, tocoginecología, trasplantología e infantil), para iniciar el tratamiento, estabilizar y/o trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad.*

*La Cirugía General debe ser considerada tanto una especialidad en sí misma como también una plataforma básica para la formación posterior en las distintas disciplinas quirúrgicas o especialidades derivadas. Por lo tanto el cirujano general es el especialista preparado para manejar las patologías quirúrgicas prevalentes de un hospital de mediana y alta complejidad, siguiendo los principios éticos de la práctica, considerando aspectos promocionales y preventivos, aplicando diferentes técnicas aceptadas por la comunidad científica, compartiendo la intervención con el equipo de salud y contemplando los factores de riesgo*

## Áreas de competencia

### Área de Competencia 1: Atender al paciente quirúrgico durante la etapa de diagnóstico clínico-quirúrgico, contemplando los factores de riesgo.

Competencias Específicas	Criterios de realización
Reunir la información respecto del paciente y su patología.	Se realiza una anamnesis completa. Se realiza examen físico. Se consulta opinión de otros profesionales que hayan tratado al paciente. Se registra en la historia clínica y en otros documentos en forma clara y precisa.
Realizar el adecuado diagnóstico prequirúrgico para la actuación en cirugías programadas y de urgencia.	Se plantean diagnósticos diferenciales posibles. Se seleccionan racionalmente métodos complementarios diagnósticos.
Definir conductas terapéuticas.	Se considera opinión del equipo multidisciplinario. Se definen conductas terapéuticas quirúrgicas y no quirúrgicas, considerando los recursos disponibles. Se determina si hay necesidad de derivación.
Preparar clínicamente al paciente para la cirugía.	Se evalúa el riesgo quirúrgico. Se define la oportunidad quirúrgica. Se realizan las interconsultas pertinentes con otros profesionales del equipo de salud. Se toman las medidas necesarias para optimizar el estado preoperatorio del paciente.

### Área de Competencia 2: Atender al paciente quirúrgico en el acto operatorio, contemplando los factores de riesgo.

Competencias Específicas	Criterios de realización
Planificar el acto quirúrgico.	Se siguen guías de procedimiento para cirugías programadas y de urgencia, vigentes y/o institucionales. Se discute la estrategia con el equipo quirúrgico.
Preparar el escenario de la cirugía.	Se completan las acciones basadas en el listado de verificación de seguridad de la cirugía, vigente y/o institucional. Se verifica el equipamiento del quirófano. Se verifica el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
Realizar el acto quirúrgico.	Se respeta la estrategia previamente acordada pero se contemplan cambios de conducta, sobre la base de hallazgos intraoperatorios, considerando los derechos del paciente y el consentimiento informado preoperatorio.

<i>Conducir al equipo quirúrgico.</i>	<i>Se coordina la resolución efectiva del acto quirúrgico, incluso ante imponderables y situaciones críticas. Se desarrolla una comunicación efectiva con el equipo quirúrgico dentro del acto operatorio. Se confecciona el parte quirúrgico y las indicaciones médicas postoperatorias.</i>
<i>Informar al paciente y/o su familia sobre los resultados del</i>	<i>Se comunica a los familiares y al paciente los hallazgos durante la operación y los resultados</i>
<i>Acto quirúrgico.</i>	<i>Esperables de la cirugía. Se informa sobre las posibles complicaciones. Se comunica de forma adecuada, asegurándose de que el mensaje sea comprendido por el destinatario. Se indica al paciente y/o allegados sobre actividades a realizar en el postoperatorio inmediato. Se transmite la información relevante de forma sintética y con lenguaje comprensible.</i>

**Área de Competencia 3: Atender al paciente quirúrgico durante la etapa postoperatoria, evaluando su evolución.**

<i>Competencias Específicas</i>	<i>Criterios de realización</i>
<i>Decidir el nivel de complejidad de internación del paciente.</i>	<i>Se consensua nivel de cuidados que requiere el paciente con el anestesiólogo u otros profesionales del equipo de salud intervinientes en el seguimiento del paciente.</i>
<i>Realizar el control postquirúrgico inmediato y mediato.</i>	<i>Se está alerta para la identificación y la resolución precoz de las complicaciones. Se realizan las curaciones y los cuidados pertinentes. Se realizan las indicaciones postquirúrgicas generales y particulares, en forma escrita y oral, verificables. Se realizan las interconsultas pertinentes con otros profesionales del equipo de salud.</i>
<i>Informar debidamente al paciente y/o sus familiares acerca de la evolución postoperatoria.</i>	<i>Se dan criterios de alarma sobre posibles complicaciones. Se indica al paciente y/o allegados sobre actividades a realizar en el postoperatorio, de acuerdo a la evolución. Se transmite la información relevante de forma sintética y con lenguaje comprensible.</i>



<i>Determinar el momento y las condiciones del alta de internación.</i>	<i>Se evalúa el estado físico y psíquico, la autonomía del paciente y las eventuales necesidades de asistencia social. Se adecuan las indicaciones, teniendo en cuenta el contexto sociocultural y económico del paciente. Se realizan indicaciones, en forma comprensible para el paciente, sobre signos de alarma, próximas consultas y medicación.</i>
<i>Definir tratamientos complementarios.</i>	<i>Se coordinan tratamientos y tiempos con el equipo interdisciplinario. Se documentan por escrito las decisiones tomadas para el conocimiento del paciente y de otros colegas (epicrisis). Se entrega al paciente una copia de la epicrisis.</i>

**Área de Competencia 4: Planificar, implementar y evaluar las herramientas básicas para la gestión de la actividad quirúrgica que desempeña, a fin de optimizar la atención.**

<i>Competencias Específicas</i>	<i>Criterios de realización</i>
<i>Planificar la agenda de actividades en función de las características de su ámbito de desempeño.</i>	<i>Se analiza el proceso de atención, teniendo en cuenta marcos legales y normas institucionales, estructuras formales e informales, vías de comunicación, recursos humanos y materiales. Se tiene en cuenta la red de servicios de diverso nivel de complejidad a fin de realizar las eventuales derivaciones. Se organizan las acciones teniendo en cuenta los tiempos, los recursos disponibles y los actores involucrados. Se organiza la agenda de cirugías programadas de acuerdo a criterios de riesgo para el paciente. Se aplican los criterios para el uso racional de medicamentos y estudios complementarios. Se siguen las vías jerárquicas correspondientes para prever disponibilidad de camas y quirófanos y solicitar autorizaciones pertinentes.</i>
<i>Elaborar documentos y registros e implementar acciones para la gestión.</i>	<i>Se confeccionan registros claros y completos. Se realizan las interconsultas pertinentes. Se implementa lo planificado teniendo en cuenta situaciones imponderables. Se gestionan los recursos humanos,</i>

	<i>insumos y equipamiento necesarios para la realización de las actividades del servicio.</i>
<i>Evaluar el proceso de gestión para mejorar las acciones futuras.</i>	<i>Se monitorea la elaboración de los registros. Se analizan los instrumentos que documentan las decisiones tomadas. Se genera información para la gestión. Se evalúan los procesos de atención teniendo en cuenta acciones individuales y el funcionamiento del servicio. Se participa en actividades grupales de reflexión sobre la gestión de los procesos de atención.</i>

**Área de Competencia 5: Participar en actividades científico-académicas y docentes para complementar su formación básica, para contribuir a la producción y difusión de nuevo conocimiento y para formar a pares.**

<i>Competencias Específicas</i>	<i>Criterios de realización</i>
<i>Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.</i>	<i>Se trabaja en base a lógicas científicas y/o racionalizando la experiencia empírica. Se conoce la evidencia médica vigente. Se consideran aspectos éticos y legales. Se realizan investigaciones básicas y/o aplicadas. Se participa en la elaboración de protocolos ante innovaciones en el ejercicio de la profesión. Se registran resultados y se realizan informes empleando distintos medios informáticos. Se validan las investigaciones con pares o con otros miembros del equipo de salud en forma intra o interdisciplinaria y a través de los comités de Docencia, Investigación y Bioética. Se gestionan las estrategias y medios para la presentación y publicación de trabajos en congresos, jornadas, revistas y otros medios, para la divulgación científica. Se emplea lenguaje médico profesional.</i>
<i>Participar en acciones de educación permanente.</i>	<i>Se identifican las necesidades de formación y actualización. Se maneja inglés técnico aplicado a la especialidad. Se participa de jornadas, eventos, congresos y otros encuentros científicos. Se participa en ateneos clínicos, quirúrgicos, de morbimortalidad y bibliográficos. Se analizan críticamente</i>

	las publicaciones científicas. Se gestionan los medios para capacitarse en el uso de tecnologías actuales y futuras para la práctica quirúrgica.
Desarrollar tareas docentes en su ámbito de desempeño.	Competencias pedagógicas. Se asesora a otros integrantes del equipo de salud en acciones de promoción y prevención vinculadas a la especialidad.

### **EJEMPLO B**

Marco de referencia para la formación en Salud Mental. **Especialidad: Salud Mental.** Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (M.S.A.L). Disponible en <http://www.msal.gov.ar/>

### **COMPETENCIA GENERAL**

El egresado de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental estará capacitado para implementar estrategias de salud mental comunitaria, incorporando acciones de promoción, prevención y asistencia y rehabilitación social, desde una perspectiva de continuidad de cuidados, utilizando las diferentes modalidades disponibles en la red sociosanitaria local y regional.

Asimismo podrá intervenir en la atención de la salud mental de las personas en su comunidad, promoviendo el abordaje interdisciplinario y la articulación intersectorial, para su inclusión social.

También implementará estrategias de salud mental para la reducción de riesgos y vulnerabilidades en las situaciones de emergencia y desastres. Además participará en los procesos de educación permanente, investigación, supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas en los ámbitos de desempeño del equipo y gestionará el trabajo del equipo interdisciplinario en el sistema de salud, fomentando la participación en los procesos de transformación del mismo.

### **Áreas de competencia**

**Área de competencia 1. Abordar en forma interdisciplinaria e intersectorial la salud mental desde un enfoque comunitario, con acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación con inclusión social desde una perspectiva de continuidad de cuidados, utilizando las diferentes modalidades disponibles en la red sociosanitaria local y regional.**

<b>Competencias específicas</b>	<b>Criterios de realización</b>
Realizar análisis de situación de salud y diagnóstico comunitario participativo en salud mental	Se trabaja en forma interdisciplinaria, intersectorial y participativa. Se indagan las características sociales, ocupacionales culturales, demográficas y ambientales mediante relevamiento de la

	<p><i>información secundaria con la comunidad.</i></p> <p><i>Se diseñan y aplican instrumentos y técnicas de recolección de información (fuentes primarias y secundarias)</i></p> <p><i>Se privilegia la utilización de técnicas grupales como herramientas de intervención.</i></p> <p><i>Se sistematizan y analizan los datos mediante diversas técnicas (mapeo y georreferenciamiento entre otras)</i></p> <p><i>Se conoce y comprende la información epidemiológica local y regional.</i></p> <p><i>Se conoce el mapa de riesgos y vulnerabilidades en emergencia y desastres de la comunidad de referencia</i></p>
<p><i>Desarrollar intervenciones para la promoción, protección, prevención y asistencia de la salud mental con la comunidad</i></p>	<p><i>Se conoce y aplica la legislación vigente, nacional y provincial, en relación a los procesos de Salud Mental y sus modelos de abordaje vinculadas a la protección integral de las personas, al respeto por la diversidad y ambientes saludables, entre otros.</i></p> <p><i>Se conocen, analizan y aplican los protocolos nacionales (defensa civil, Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones entre otros) e internacionales (OPS, OMS, Cruz Roja entre otros) de intervención en salud mental en situación de emergencias y desastres.</i></p> <p><i>Se priorizan las intervenciones en salud mental en el marco de las políticas públicas de manera participativa en función del análisis de situación realizado</i></p> <p><i>Se diseñan estrategias específicas de intervención comunitaria para el abordaje de diversas problemáticas con base en la comunidad (violencia, suicidios, adicciones) mediante dispositivos que generen condiciones para la inclusión social de las personas con padecimiento subjetivo.</i></p> <p><i>Se implementan estrategias para la inclusión social que tiendan a la vinculación comunitaria, social, educativa y laboral de las personas en tratamiento</i></p> <p><i>Se realizan intervenciones de contención psicosocial en emergencia y desastre, para afectados primarios, secundarios y terciarios</i></p> <p><i>Se prevé acciones a fin de mitigar los efectos sobre la salud mental asociados a</i></p>

	<p>situaciones de emergencia y desastre  Se establecen objetivos, metas e indicadores evaluables.  Se definen los recursos necesarios para las intervenciones programadas.  Se gestiona y articula el trabajo interinstitucional e intersectorial  Se formulan acuerdos interinstitucionales.  Se monitorean las actividades de forma permanente y se realizan evaluaciones sistemáticas y participativas de las intervenciones a través de los indicadores enunciados.  Se revisa la estrategia abordada a partir de los objetivos de la intervención</p>
--	--

## 5. Ejemplo: Organización general de las actividades por áreas de formación (punto 7.1)

### **EJEMPLO A:**

**Programa docente de la residencia de cirugía general.** <sup>10</sup>

### 7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación

#### 7.1.1 Actividad formativa Asistencia/Técnica supervisada.

Se dedicará a esta actividad el 60 % del tiempo total destinado a la formación e incluye:

- a) **Quirófano:** tareas administrativas, tareas asistenciales, procedimientos técnicos inherentes al acto operatorio, destrezas quirúrgicas y tareas docentes.
- b) **Consultorio externo (CEx):** tareas administrativas, tareas asistenciales, procedimientos técnicos inherentes al paciente ambulatorio, destrezas quirúrgicas y tareas docentes.
- c) **Interconsultas:** el principal objetivo de esta actividad es el aprendizaje de una correcta evaluación, seguimiento y tratamiento de los pacientes internados. Por otra parte esta tarea lleva al residente a formar parte del equipo multidisciplinario que requiera cada caso en particular. Esta actividad también será supervisada por médicos de planta del Servicio mediante la recorrida de sala.
- d) **Guardias:** la realización de guardias tiene como fin el aprendizaje del cuidado de los pacientes internados y la evaluación de pacientes que concurren

<sup>10</sup> Programa docente de la residencia de Cirugía general. Resolución N°221-MSGC/16. Disponible en: [www.buenosaires.gob.ar/salud](http://www.buenosaires.gob.ar/salud)

al Departamento de Urgencias, estableciendo así criterios de alta o internación. En todas las actividades de guardia será guiado y supervisado por el médico de guardia, tendiéndose a formar un equipo con afinidades y objetivos para la correcta asistencia del paciente. El responsable final de las decisiones, tanto de pacientes internados como de aquellos vistos en interconsultas, será el médico de guardia.

**e) Internación:** toda la actividad vinculada al manejo de los pacientes internados.

- Los residentes participarán del pase de guardia y las recorridas de sala, conjuntamente con los médicos de planta y el jefe de Servicio. Deberán conocer a todos los pacientes internados, con su problemática y situaciones a resolver, pero estando a cargo del seguimiento longitudinal de aquellos asignados específicamente a cada uno de ellos.
- El residente confeccionará la historia clínica y las prescripciones a todo paciente que se interne, hará una impresión diagnóstica y un plan de estudios, supervisado por los médicos de planta o guardia.
- Los residentes cumplirán con una recorrida de sala vespertina donde se rediscutirán los pacientes, se evaluarán los exámenes complementarios y la toma de conducta en cada caso correspondiente; realizándose el aporte bibliográfico efectivo a cada punto en cuestión. Tal actividad deberá ser supervisada por un médico del servicio.
- Para todas las actividades los residentes contarán con el apoyo de los médicos de planta, para que las decisiones médicas sean tomadas por los médicos responsables del servicio.

### **7.1.2 Actividad de articulación formativa docente.**

Se dedicará a esta actividad el 30 % del tiempo total destinado a la formación e incluye:

**a) Actividad sistematizada:** clases, cursos, conferencias de actualización, ateneos clínicos, anatomopatológicos y ateneos bibliográficos. En este apartado se incluyen el dictado de cursos teóricos para los mismos residentes, a cargo de los residentes de años superiores, la confección de monografías sobre temas de interés científico en la especialidad, y la realización de trabajos de investigación científica para ser presentados en Congresos o afines.

**b) Actividad no sistematizada:** es complementaria a la actividad asistencial diaria, se revisan y se discuten las bases teóricas del manejo de los pacientes internados entre los médicos de planta y residentes. En este punto, la actividad se transforma en teórico-práctica, dado que dicho conocimiento teórico se concreta inmediatamente en conductas diagnósticas y tratamiento a aplicarse al paciente individual.

Se dará prioridad para asistencia a cursos intra y extrahospitalarios y congresos afines a la especialidad como estrategia de educación permanente, que permita al residente fortalecer sus conocimientos.

### **7.1.3. Actividad de investigación**

Se dedicará a esta actividad el 10 % del tiempo total destinado a la formación e incluye:

Durante el primer año el residente debe adquirir conocimientos de metodología de investigación y ética en investigación y conocer los procedimientos que se deben seguir para la presentación de un

proyecto de investigación a la luz de la normativa vigente. Al final de la residencia debe poder presentar un trabajo científico publicable o proyecto de doctorado.

En todos los casos llegará a los mismos a partir de su aprendizaje acerca de los métodos de investigación y su aplicación en pacientes con distintas patologías de acuerdo a normas de buena práctica clínica bajo la estricta supervisión de instructores de residentes, coordinadores locales de programa y jefes de servicio.

## **EJEMPLO B**

### **Programa docente de la residencia de Terapia ocupacional.<sup>11</sup>**

#### **7.1. ORGANIZACIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES POR AREA DE FORMACION – TERAPIA OCUPACIONAL**

7.1.1. **Actividades formativo asistencial/técnica supervisada:** El residente tomará contacto con los individuos que requieren intervención del terapeuta ocupacional, sus familias y sus entornos, supervisado por un profesional de la misma disciplina (coordinador de planta / instructor / supervisor / jefe de residentes). Se dedicará el 60% del tiempo total destinado a la formación. Los ámbitos en los que se realizarán actividades asistenciales son:

a. **Internación:** el residente participará en las reuniones de equipo, realizará las interconsultas pertinentes, la evaluación y planificación de la intervención tanto en el piso de internación como en el consultorio, completará la historia clínica y realizará informes . Según la modalidad de trabajo del servicio, podrá realizar intervenciones individuales o planificar y llevar a cabo espacios grupales.

b. **Consulta ambulatoria:** el residente realizará abordajes individuales y/o grupales, visitas domiciliarias, evaluaciones y planificación de intervenciones, entrevistas familiares, completará la historia clínica. Participará de las reuniones de equipo y realizará interconsultas pertinentes.

c. **Comunidad.** El residente se insertará en espacios comunitarios, participará y co-coordinará espacios grupales en los Centros de Salud y la comunidad, realizará visitas domiciliarias, participará en actividades barriales, en actividades de prevención y promoción de la salud.

7.1.2. **Actividades de articulación formativo-docente:** se dedicará el 20% del tiempo total destinado a la formación.

a. **Actividades sistematizadas:** El residente participará de ateneos en el servicio o interdisciplinarios en la sede, supervisiones clínicas, clases internas, revisiones bibliográficas y grupos de estudio, así como cursos internos relacionados con el área de formación. Confeccionará actualizaciones bibliográficas y trabajos para la presentación en la Jornada anual de la Residencia de Terapia Ocupacional u otros espacios académicos, trabajos de fin de rotación y trabajo de fin de residencia. Podrán realizarse cursos, jornadas y actividades centralizados (agrupa a varias sedes) o particular en cada sede. Estas actividades deberán estar vinculadas a la temática de la práctica asistencial y al ámbito de formación en el que se encuentre el residente.

Deberá participar en forma obligatoria de los ciclos de formación general organizados por la Coordinación General, en los cuales se abordarán ejes transversales relacionados con el perfil

<sup>11</sup> GCABA (2014) disponible en

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/programa-de-residencias-basicas>

profesional del trabajador de la salud, se presentarán ateneos y discusión de casos clínicos, charlas debate, clases con profesionales invitados, entre otras actividades.

Realizará de manera obligatoria un curso de idioma extranjero y capacitación en Ética de la Investigación a través de cursos presenciales, virtuales o seminarios de actualización.

b. Actividades no sistematizadas: el residente participará en el pase interno de la residencia y espacios de discusión de casos con profesionales de la especialidad.

7.1.3. **Actividades de investigación**: se dedicará el 10% del tiempo total destinado a la formación.

El residente realizará de manera obligatoria al menos un curso de Metodología de la Investigación, luego del cual deberá llevar a cabo un trabajo de investigación de manera individual o grupal, que deberá ser presentado en el transcurso de la residencia. Podrá participar en la realización de trabajos de investigación organizados por los Servicios de Terapia Ocupacional en los cuales se inserta, siempre y cuando se cumplan los requisitos formales para su realización de acuerdo a los lineamientos de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional.



## F.2) Apéndice II: bibliografía sugerida para ejes de contenidos transversales.

El siguiente listado de bibliografía referida a contenidos transversales fue producto de un trabajo colectivo de los profesionales y coordinadores de residencias de la DGDOINyDP en el marco del curso de capacitación “Contenidos y competencias transversales en el sistema de residencias y concurrencias de la CABA” Edición 2016.

**Bloque 1 El profesional como sujeto activo en el sistema de salud** (modelo de atención, organización del sistema de salud, gestión, planificación, epidemiología, equipos de trabajo, APS, educación y promoción de la salud, asistencia, prevención de enfermedades, entre otros).

Autor y año	Título	Link	Comentarios
BONAZZOLA P. Diciembre 2009 Mimeo	Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio.	<a href="http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/sist.pdf">http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/sist.pdf</a>	Presenta el sistema de salud, lo define, define áreas programáticas, cobertura, prestación, financiación, menciona ley básica 153, presenta los efectores, CeSAC, CMB, HGA, monovalentes. Descentralización. AMBA, comunas, niveles de atención.
TESTA M. En: Testa M, Pensar en Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1996: 161-176	Atención ¿Primaria o Primitiva de la Salud?		Diferencia la APS como estrategia que reorganiza el sistema alrededor de la accesibilidad y el derecho a la salud de una atención de segunda para población de segunda (confunde APS con el primer nivel de atención).
Epidemiología CABA (2015)	ASIS 2013	<a href="http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud">http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud</a>	Presenta indicadores y divide a la CABA según los peores indicadores socioeconómicos y sanitarios. Util para pensar determinantes en salud, concreto y da panorama de estado de situación. El componente de recursos de sistema presenta HGA, CeSAC, monovalentes.
Curso de Uso Racional de Medicamentos	MODULO 0 La salud de los argentinos	<a href="http://www.cfe-fcm.unc.edu.ar/archivos/Modulos%20Remediar/Mod0_capp_1_y_2.pdf">http://www.cfe-fcm.unc.edu.ar/archivos/Modulos%20Remediar/Mod0_capp_1_y_2.pdf</a>	Problematiza la prescripción de medicamentos, en contra de su automatización. Genéricos o nombres comerciales. prescripción racional, plantea la prevención y la no medicamentación cuando no es necesaria. ejemplo con crónicas no transmisibles y con infecciosas. Condiciones

			sociosanitarias en Argentina (línea de pobreza, cloacas, agua segura), transición epidemiológica. presentación sistema de salud argentino
Boletín Epidemiológico OPS Vol. 22, Nº 4. Dic 2001	Indicadores de salud: elementos básicos para el Análisis de situación en salud	<a href="https://app.box.com/s/9a7vclu4c2i2kypo9w98fkoynkf09d6i/1/6854773194/55854746518/1">https://app.box.com/s/9a7vclu4c2i2kypo9w98fkoynkf09d6i/1/6854773194/55854746518/1</a>	Describe qué es un indicador y da ejemplos de indicadores utilizados en la Argentina utilizados para el Análisis de Situación de Salud. Brinda Ejemplos de publicaciones donde se ofrecen los datos de cada país. Está en relación con el texto MSAL OPS 2014.
MSAL OPS 2014	Indicadores Básicos Argentina.2013.	<a href="http://www.paho.org/arg/images/gallery/indicadores/indicadores_2013_MSAL-OPS.pdf?ua=1">http://www.paho.org/arg/images/gallery/indicadores/indicadores_2013_MSAL-OPS.pdf?ua=1</a>	Recopila los últimos datos disponibles en el país. Incluye indicadores demográficos, socioeconómicos, las principales tasas, de recursos, acceso y cobertura, de morbilidad, de mortalidad y salud maternoinfantil, indicadores generales del país y enfoque de género. discriminado por pvcia. Al final define cómo se construyeron los indicadores, qué son.
Legislatura CABA	Ley 153 Básica de Salud y modificatoria Ley 5462/16	<a href="http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley153.pdf">http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley153.pdf</a>	Ley de salud de la CABA. salud integral. derechos de usuarios. garantía del derecho a la salud. definición de sistemas y subsectores. tres niveles de atención. organización territorial y descentralización. financiación.
Gastao Wagner de Sousa Campos	Cap. Por una clínica reformulada y ampliada en Gestión en Salud		Diferencia entre lógicas de atención centradas en procedimientos y lógicas centradas en usuarios. Clínica degradada si se equipara consultorios externos a guardia. Abordaje integral
Rose G	De individuos enfermos y poblaciones enfermas	<a href="http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/rose.pdf">http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/rose.pdf</a>	Más allá del diagnóstico, por qué enferman las personas? lo normal es lo común en una época en un lugar. Crítica a los "factores de riesgo" individuales en tanto invisibilizan lo social en el proceso de enfermar. Estudiar causa de los casos o causa de las causas? "¿Por qué algunos

			individuos tienen hipertensión?" es una pregunta un tanto diferente de "¿Por qué algunas poblaciones tienen mucha hipertensión, en cambio en otras es raro encontrar casos?". Estrategia de "alto riesgo" ventajas y desventajas. Estrategia poblacional ventajas y desventajas.
Rovere M.	Atención Primaria de la salud en debate	<a href="http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-234.pdf">http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-234.pdf</a>	Múltiples y contradictorias interpretaciones de APS 'deconstrucción' del concepto de Atención Primaria de la Salud, de cara a producir nuevas propuestas más estratégicas y eficaces para que los trabajadores de salud, donde quiera que se desempeñen, cuenten con herramientas para enfrentar la creciente mercantilización del sector; historiza APS.
OPS CEPAL	Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 6. 2011. El Sistema de Salud Argentino su Trayectoria de largo Plazo: Logros Alcanzados y Desafíos Futuros.	<a href="http://www.paho.org/arg/imagenes/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1">http://www.paho.org/arg/imagenes/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1</a>	
OPS	Sistemas de salud basados en APS:	<a href="http://www1.paho.org/hq/dm_documents/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf">http://www1.paho.org/hq/dm_documents/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf</a>	
Ministerio de Salud	Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles	<a href="http://www.msal.gob.ar/imagenes/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf">http://www.msal.gob.ar/imagenes/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf</a>	Es la última encuesta pero el informe es de todo el país. Hay un informe de la encuesta anterior (2009) sólo de CABA, que es más breve; link: <a href="https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2012_486.pdf">https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2012_486.pdf</a>
Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo	Atención Primaria de la Salud, principios y métodos. 2 Edición APS, AK.	En PDF	

Jorge D. Lemus, Valentín Aragües y Oroz, María Carmen Lucioni	Salud Pública y Atención Primaria de la Salud, Editorial: Corpus, primera edición. Año: 2013.		
Mauricio Hernández-Avila, Francisco Garrido-Latorre, Sergio López-Moreno	Diseño de estudios epidemiológicos salud pública de México / vol.42, no.2, marzo-abril de 2000	<a href="http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2383.pdf">http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2383.pdf</a>	
Carlos H. Acuña* & Mariana Chudnovsky**	El Sistema de Salud en Argentina	En PDF	Explica brevemente los diferentes diseños de estudio de investigación epidemiológica, sus ventajas y desventajas
Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires Informe N° 8 Políticas Públicas y Derechos  Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires Informe N° 10 Políticas Públicas y Derechos	Los caminos de la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires III I	En PDF	El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una revisión de las características generales del sistema de salud en la Argentina, que permita dar cuenta de la relación existente entre los tres sectores que lo componen Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan. Investigación realizada en el marco del convenio de cooperación entre la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y la Universidad ISALUD Diagnóstico de los flujos de demanda de atención de salud al interior del Área Metropolitana de Buenos Aires a partir del estudio de los egresos y consultas en los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Investigación realizada en el marco del convenio de cooperación entre la Defensoría

			del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y la Universidad ISALUD Las necesidades prioritarias. Estudio de los principales problemas de salud en el Área Metropolitana a partir de los egresos hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires. Identificación de las necesidades prioritarias y acciones a implementar para tender a una atención sanitaria más equitativa en el AMBA.
Ferrara, Floreal	Conceptualización del campo de la salud. En: Re-lectura de la Formación docente en salud [blog en línea]. La Plata: Seminario-Taller Relectura de la Formación Docente en Salud, 2009. [Consulta 14 Feb 2012].	En PDF	El autor intenta hacer un análisis sobre la caótica e injusta conformación del sistema de salud argentino
Rovere, M.	La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto.	En PDF	
Spinelli, H.	Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Revista Salud Colectiva, Vol. 6, Nº 3, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, 2010	<a href="http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf">http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf</a>	El autor despliega un análisis desde la perspectiva del concepto campo en salud y analiza los actores y cuál es la dinámica que se puede dar entre ellos.
De la Aldea, Elena	Equipo de trabajo-trabajo en equipo	<a href="https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-laFJ2NVhfSi1nVzg/view">https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-laFJ2NVhfSi1nVzg/view</a>	La autora problematiza sobre las distintas dimensiones del trabajo en los equipo de salud.
Valadez Figueroa I, Villaseñor Farías M, Alfaro N.	Educación para la Salud: la importancia del concepto. Revista Educación y Desarrollo I. 2004: 43 a 48.	<a href="http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf">http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf</a>	La autora analiza los distintos enfoques sobre la Educación de la Salud

**Bloque 2 Dimensión ética y de cuidados en salud, sujetos de derecho** (ética-moral, perspectivas de derecho/género/interculturalidad, entre otros)

Autor y año	Título	Link	comentarios
Congreso de la Nación Argentina	Ley 26529 /09 ley de derechos del paciente	<a href="http://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/Derechos_del_paciente_hist._cl%C3%ADnica_y_cons._informado.pdf">http://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/Derechos_del_paciente_hist._cl%C3%ADnica_y_cons._informado.pdf</a>	
Menéndez, Eduardo	Modelos de atención de los padecimientos : de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232003000100014">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232003000100014</a>	
Congreso Nacional	Ley 17132 Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. (artículos 1° a 21° inclusive que corresponden a los siguientes apartados: Título I Parte General; Título II: De los médicos. Capítulo I: Generalidades; Capítulo II: De las especialidades)	<a href="http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6619&amp;word=">http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6619&amp;word=</a>	
Tajer, Debora	Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: Tajer, D. "Género y salud. Las políticas en acción" Bs . As . Lugar Editorial	En PDF y en CeDoS	Este texto está dirigido a brindar herramientas para incorporar la perspectiva de género en el trabajo cotidiano en salud, pensando a la salud no solo como atención médica sino en un sentido más amplio que incluye la interdisciplina, los determinantes sociales y la multisectorialidad. También aborda la relación género y salud no solo como un tema de mujeres sino como una forma de mirar y actuar en salud desde

			una perspectiva que incluye ciudadanía, integralidad, equidad, autonomía y los derechos humanos
Nash, Mary	“Diversidad, multiculturalismos e identidades” publicado en: Nash, Mary. Marre, Diana (Eds.) Multiculturalismos y género: perspectivas interdisciplinarias Barcelona. Ediciones Bellaterra, 2001	En PDF y en CeDoS	Análisis del concepto de multiculturalismo, y del género como categoría analítica.
Rovere, Mario	“El Derecho a la Salud y la construcción de ciudadanía” (versión modificada del texto presentado en Rovere M. Educación en Salud Pública; Relevancia, Calidad y Coaliciones Estratégicas. Publicación OPS/OMS Argentina 2006)	En PDF y CeDoS	Análisis del derecho a la salud y su relación con la igualdad, equidad y construcción de ciudadanía; de esta manera , incorporada la dimensión política en el acceso al derecho a la salud
Ley Nacional 26.485 y su decreto reglamentario	Ley Nacional Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales	<a href="http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm">http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm</a>	
Díaz, Adrián	Derecho a la salud en la Argentina; ¿cómo transitar	En PDF	El propósito de este texto es acercar algunas consideraciones y reflexiones que contribuyan al debate de una problemática tan

	de la enunciación al efectivo cumplimiento ?		vigente en estos tiempos: La distancia entre el consenso generalizado a reconocer el derecho a la salud de todos los habitantes a que la práctica cotidiana y una rápida revisión de algunos de los principales indicadores de salud estarían mostrando que la realidad dista de ser lo que quisiéramos.
Pautassi, Laura	El aporte del enfoque de derechos a las políticas sociales. Una breve revisión. Taller de expertos "Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones". CEPAL-GTZ, 2010.	<a href="http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/7/37567/LauraPautassi_Derechos_polsoc.pdf">http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/7/37567/LauraPautassi_Derechos_polsoc.pdf</a>	

**Bloque 3 Educación permanente y producción de conocimiento** (metodología de la investigación, sistematización de experiencias, metodologías de estudio y trabajo, formación de formadores, construcción de información epidemiológica, sistemas y registros de información, entre otros).

Autor y año	Título	Link	Comentarios
Samaja J	Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. Cap. 4	En papel	
Gabriel Listovsky	La formación de formadores. Una aproximación a los procesos de formación en el mundo del trabajo en salud	En PDF	



Davini, Cristina	"Las Residencias como ámbito de formación y educación permanente del equipo de salud". Davini María Cristina (Texto elaborado para Curso virtual)	En PDF	
Alejandra Moreno-Altamirano, Sergio López-Moreno, Alexander Corcho-Berdugo	Principales medidas en epidemiología	<a href="http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf">http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf</a>	
Carballeda, Alfredo	La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud	En PDF	El autor reflexiona sobre la construcción de conocimientos y de saberes a partir del diálogo, la lucha de poderes y la creación de consensos
Stolkiner, Alicia	La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas	En PDF	La autora reflexiona sobre la interdisciplina, partiendo desde una perspectiva epistemológica como construcción de saberes y pone luz sobre dificultades en la práctica cotidiana en los equipos.
Rosem, R y Ham, C.	"Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia" 2008	<a href="http://rieips.blogspot.com.ar/p/biblioteca.html">http://rieips.blogspot.com.ar/p/biblioteca.html</a>	

Bloque 4 Comunicación en salud. (dimensiones de la comunicación, perspectivas en comunicación, niveles de comunicación, estrategia comunicacional, buenas prácticas, comunicación institucional y con pacientes, entre otros).

Autor y año	Título	Link	Comentarios
-------------	--------	------	-------------

Cuberli, Milca	Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción	<a href="http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/524">http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/524</a>	Perspectiva instrumental y perspectiva de construcción de sentidos en salud.
Edición general: EDUPAS Nelson Cardoso Julieta Imberti Gabriela Guebel Redacción de contenidos: Luciana Kulekdjian Diseño Gráfico: estudioceruleo.com Ilustraciones: Julieta Imberti Pablo Alarcón Segunda Edición Septiembre 2015	Serie Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos Guía de comunicación para equipos de salud	<a href="http://www.msal.gob.ar/plann-reduccion-mortalidad/descargas/guia-comunicacion.pdf">http://www.msal.gob.ar/plann-reduccion-mortalidad/descargas/guia-comunicacion.pdf</a>	
ORC	Barrio galaxia, manual de comunicación comunitaria	<a href="http://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/barrio_galaxia.pdf">http://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/barrio_galaxia.pdf</a>	Definir una manera de acercarnos a los mapas comunicacionales de los barrios, los elementos que nutren su identidad política, sus actores, circuitos, medios y contenidos. Partir, en las acciones de comunicación, no exclusivamente de lo que queremos "decir", sino de cómo pueden encontrarse en un diálogo con nosotros aquéllos con los cuales nos queremos involucrar en la creación de lo que se va diciendo. 1 . Los Actores 2. Los Espacios y Circuitos 3. Los medios 4. El proceso histórico, político, social y cultural. 5. Los problemas y contenidos. -Esquemas de comunicación -objetivos de un plan de comunicación -lenguajes -cartelera- folleto- historieta- aficheta- radio comunitaria- video-campañas

			comunitarias -medios masivos
Petracchi M, Cuberli M, Palopoli A.	Comunicar salud: Una propuesta teórica y práctica. CAESPO, 2010.	<a href="http://gecys.blogspot.com/p/escritos_16.html">http://gecys.blogspot.com/ p/escritos_16.html</a>	



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**Hoja Adicional de Firmas  
Anexo Disposición**

**Número:**

Buenos Aires,

**Referencia:** EX-2017-03951804- -MGEYA-DGDIYDP

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 67 pagina/s.